

# CIRUGÍA Y CIRUJANOS

P U B L I C A C I O N   M E N S U A L

ORGANO OFICIAL DE LA  
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

TOMO XIX



MAYO

1951

Presidente:

DR. LUIS CARRILLO AZCARATE.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. MIGUEL LOPEZ ESNARRIZAR



SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

# FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO  
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS  
ESTAFILOCOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS  
COLIBACIOLISIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

---

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.<sup>3</sup>  
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

## Establishimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

MAS DE 1250 COMUNICACIONES PUBLICADAS  
SOBRE *Pentothal* SON UNA GUIA SEGURA  
PARA SU USO.



Debido al amplio uso de la droga ha surgido una voluminosa cantidad de comentarios clínicos en la bibliografía médica, las cuales detallan con toda amplitud las indicaciones y las contraindicaciones, las precauciones que hay que observar y en general las técnicas de administración y dosificación.

Tan abundante y detallada información hace posible el empleo de la anestesia intravenosa por PENTOTHAL SODICO con más precisión y ofrece un mayor margen de seguridad y eficacia clínica.

**Ahora puede obtenerse PENTOTHAL en una nueva forma**

PENTOTHAL para administración rectal se suministra en envases que contienen 3 gr. de PENTOTHAL SODICO. Al preparar la solución de esta droga aparece un tinte verduzco, el cual distingue PENTOTHAL SODICO para administración rectal de las ampollas de PENTOTHAL SODICO para uso intravenoso, cuya solución tiene un tinte amarillo claro.

**ABBOTT LABORATORIES DE MEXICO, S. A.**

Reg. No. 19017 32077 S.S.A.

P-30 P-40 A E-17-32

## "OM" HIDANTOINA

SIMPLE Y COMPUESTA

TABLETAS

Fórmula:

SIMPLE:

Difenil-hidantoinato sódico .....	0.10 g.
Excipiente: Talco y Almidón c. b. p. una tableta de..	0.25 ..

COMPUESTA:

Difenil-Hidantoinato sódico .....	0.08 g.
Fenil-etil-malonilurea .....	0.02 ..
Ac. ascórbico .....	0.02 ..
Excipiente, c. b. p. 1 tableta de .....	0.25 ..

PRESENTACION: Tubos con 30 tabletas.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Modificador de la excitabilidad cortical.

INDICACIONES GENERALES: Anticonvulsivo. Especial indicación para el tratamiento de la epilepsia.

DOSIS GENERALES: Simple. Adultos: una a cuatro tabletas al dia. Niños una a dos tabletas.—Compuesta. Adultos: 2 a 6 tabletas preferentemente después de las comidas. Niños: mitad de la dosis.

VIA DE ADMINISTRACION: Oral.

Regs. Nos. 29993-31708 S. S. A. Prop. No. A-F.f.72/51.

REPRESENTANTES

A. RUEFF Y CIA.

LUCERNA 7.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

MEXICO, D. F.

## CALCIO GUERIN VITAMINADO

SOLUCION INYECTABLE

FORMULAS:

AMPOLLETA I.

Gluconato de Calcio .....	0.50 g.
Glicerofosfato de Magnesio .....	0.10 "
Glicerofosfato de Manganese .....	0.001 "
Solución de glucosa al 5% c. b. p.....	5 cm <sup>3</sup>

AMPOLLETA II.

Vitamina D. cristalizada .....	4.000 U.I.
Aceite de Sésamo, c. b. p. ....	1 cm <sup>3</sup>

PRESENTACION: Caja con 6 ampolletas I y 6 ampolletas II.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Remineralizante y para la deficiencia de Vit. D.

INDICACIONES GENERALES: Remineralizante en el crecimiento deficiente de los niños. Indicado especialmente en la calcioterapia de cualquier edad. De útil empleo en el tratamiento de consolidación de las fracturas óseas. Antirrábítico en particular.

DOSIS Y MODO DE EMPLEO: Tómese con una jeringa el contenido de la ampolla acuosa, absórbase la ampolla de solución oleosa, agítense y aplíquese la inyección intramuscular, diariamente o cada tercer dia.

VIA DE ADMINISTRACION: Intramuscular.

Reg. No. 23261 S. S. A. Prop. No. A-121(51).

Hecho en México por

A. RUEFF Y CIA.

LUCERNA 7.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

MEXICO, D. F.

Reg. No. 8892 S.S.A. Price 25c



35 años de servicio médico  
EL PRIMER ANALGESICO ETICO  
EN EL MUNDO

Veganin

analgésico antipirético sedante



William R. WARNER and Co. Inc.

## **SEÑOR DOCTOR:**

Para el tratamiento adecuado de la diarrea, las disenterías agudas, las toxemias intestinales y la colitis aguda ó en caso de requerir un adsorbente, o en presencia de estasis intestinal use:

## **KAOMAGMA CON ACEITE MINERAL**

Reg. 24692 S. S. A.

En las intoxicaciones por alimentos o ptomai-  
nas; colitis psicógenas (colitis mucosa, colopatía  
mucomembranosa, colitis crónicas ulcerativas no  
específicas, etc.); diarreas infecciosas (por virus,  
por amibas o bacilos disentéricos, tuberculosis in-  
testinal), use.

## **KAOMAGMA CON PECTINA**

Reg. 33417 S. S. A.

Por estar demostrado que el gel de alumina  
es la base ideal para servir de vehículo a otros  
agentes antidiarréicos (el caolin y la pectina) en  
suspensión coloidal, asegurando así la eficacia de  
su acción.

**WYETH-STILLE, S. A.**

**Laboratorios de Productos Farmacéuticos y Biológicos**

**Versalles No. 80**

**México, D. F.**

Reg. Prop. No. A-F-f. 31/51 S. S. A.  
*Literatura exclusiva para médicos.*



## **ANTIBIOSIS**

## **MAXIMA**

**en la boca y la garganta**

En las pastillas TYROZETS se han combinado las notables propiedades antibióticas y microbicidas de la tirotricina, con la conocida acción analgésica de la benzocaina.

Resultado: una fórmula terapéutica ideal en forma de pastillas de sabor muy agradable y de gran eficacia medicamentosa.

TYROZETS ataca los gérmenes patógenos en la cavidad bucal y combate la formación de focos infecciosos.

TYROZETS calma rápidamente la irritación y el dolor de garganta.

Rp. TYROZETS para la asepsia bucal y faríngea, procesos anginosos, en las post-tonsilectomías, etc.



Philadelphia 1, Pa., U.S.A.

**EN TUBOS DE 12 PASTILLAS**

**TYROZETS**

Req. N° 32607 S. S. A. Prop. N° H-1.



Cuanto necesite  
para su  
Consultorio

Fundado en 1775



UN COMPLETO SURTIDO EN BAUMANOMETROS.

ESTETOSCOPIOS, PINZAS DE CIRUGIA, ETC., ETC.

A LOS PRECIOS MAS BAJOS DE MEXICO.

COMO SIEMPRE EN EL



Nacional Monte de Piedad

"Tradición y Confianza"



## Un estuche para el Cirujano

Los mejores escalpelos y empuñaduras del mundo. En un elegante y compacto estuche de material plástico; fácil de usar y cumple las rigurosas normas de higiene y estética en los quirófanos más modernos. Contiene tres empuñaduras distintas y seis docenas de cuchillas en nueve tamaños, según ilustración.

**Swann-Morton**

DISTRIBUIDORES EN  
MEXICO  
H & R MAV  
MADERO No. 72, México, D. F.

## Tratamiento de la Tosferina

# Pertuma'MYN'

### SUERO HUMANO ANTIPERTUSSIS

Suero humano concentrado Antipertusis obtenido de adultos hiper-inmunitados con Hemophilus Pertussis en fase 1 ..... 5 cm<sup>3</sup>.  
Preservativo: Tricresol al ..... 0.3%.

DOSIS: La que el médico señale; pero de una manera general se recomienda aplicar como mínimo de 4 a 5 inyecciones de 5 cm<sup>3</sup>, cada una con intervalos de 24 horas. Si los efectos no son del todo satisfactorios, aumentar las dosis.

En la profilaxis de la tos ferina, se obtienen los mejores resultados cuando se aplica el Pertuma en las dos primeras semanas después de la exposición al contagio.

VIAS DE ADMINISTRACION: Las inyecciones pueden aplicarse por vía subcutánea o intramuscularmente.

No es de temerse reacción sérica, por ser el Pertuma suero humano y por lo tanto contiene albúminas homólogas a las del suero del enfermo.

PRESENTACION: El Pertuma MYN se pone a la disposición del Médico en frascos-ámpula de 5 cm<sup>3</sup>, en cajas conteniendo una unidad.

Reg. No. 33274 S. S. A.

No. de Prop. A-824/50. S.S.A.

# ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO  
1950-1952

Presidente:  
DR. LUIS CARRILLO  
AZCARATE.

Vice-Presidente:  
DR. RAUL ARTURO  
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:  
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de  
Publicaciones:  
DR. MIGUEL LOPEZ  
ESNAURRIZAR

Secretario Bienal:  
DR. JOSE GARCIA  
NORIEGA.

Tesorero:  
DR. DONATO RAMIREZ.

## VOCALES:

1er. Vocal.  
Dr. José Rábago.

2o. Vocal.  
Dr. Miguel Lavalle.

3er. Vocal.  
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal.  
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal.  
Dr. Adán Velarde

CAJA CON 6 SUPOSITORIOS

# BRONCOTONYL SUPOSITORIOS

Reg. No. 37260 S. S. A.

## Fórmula:

Guayacol .....	0.10 g.
Acido Ascórbico .....	0.10 ..
Alcanfor .....	0.05 .. (equivalente a 2000 U.I.)
Manteca de cacao c. b. p. un supositorio .....	3 ..
Acido Acetilsalicílico .....	0.10 ..

Dosis: La que el médico señale.

Vía de administración: rectal.

Este medicamento es de empleo  
delicado.

Hecho en México.

**Laboratorios ALBAMEX, S. A.**

Querétaro No. 28. México, D. F.

# Hormonas Esteroides



*La más alta calidad al más bajo precio.*

## CORTIRON

(Hormona cortical) Amps. 2, 5 y 10 mg. de acetato de desoxicorticosterona.

## PROLUTON

(Hormona luteinica) Amps. 2, 5 y 10 mg. de progesterona.

## PROGYNON

(Hormona folicular) Grageas 1,000 y 10,000 U.I. de estrona (foliculina).

## PROLUTON C.

Pastillas 5, 10 y 25 mg. de pregnenolona (Anhidro-oxiprogesterona).

## PROGYNON GOTAS.

Frascos 20 cm<sup>3</sup>, 2 y 15 mg. de alfa-estradiol (dihidrofoliculina).

## TESTOVIRON

(Hormona masculina) Amps. 5, 10, 25 y 50 mg. de propionato de testosterona.

## PROGYNON B OLEOSO

Amps. 3,333, 10,000 y 50,000 U.I. de benzoato de alfa-estradiol.

## TESTOVIRON, GOTAS.

Frascos de 10 cm<sup>3</sup>, 20 mg. de testosterona libre.

## TESTOVIRON M.

Pastillas 5, 10 y 25 mg. de metil-testosterona.



QUIIMICA Schering MEXICANA.

Versalles No. 15.

Teléfono 18-13-20

Regs. Nos. 23102, 4167, 23122, 4163, 13913, 23341, 18999, 22907 y 34955 S. S. A.

Prop. No. A-Ff 398/51 S. S. A.

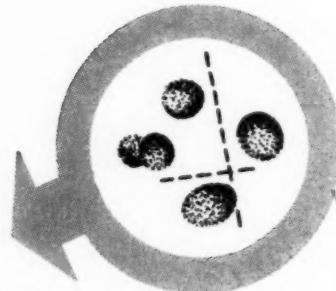
LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS.

# Vi-Ferrin\*

Lederle

*sulfato ferroso desecado,  
hígado y factores del complejo  
vitamínico B*

**Para estimular la regeneración de la  
hemoglobina en las anemias hipoférricas**



El VI-FERRIN Lederle se vende en forma de cápsulas y

**Fórmulas:**

Cápsulas  
**VI-FERRIN**  
— cada cápsula  
contiene:

Sulfato Ferroso Desecado .....	0,20 gm.
Ácido Fólico FOLVITE* .....	1,00 mg.
Clorhidrato de Tiamina (B <sub>1</sub> ) .....	0,25 mg.
Riboflavina (B <sub>2</sub> ) .....	0,19 mg.
Niacinamida .....	2,50 mg.
Pantotenoato de Calcio .....	0,40 mg.
Colina .....	10,00 mg.
y extractos derivados de 10 gm. de hígado; saboreado artificialmente.	

**Envases:**

Cápsulas — frascos de 30, 100 y 1000

Enviaremos literatura a solicitud

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

30 Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

\*Reg. Ofic. de Pat. E. U. A.

Representantes exclusivos en México.

**Laboratorios Lederle, S. A.**

Reg. No. 30583 S. S. A.

Eric. 24-61-67

JOSE MARIA RICO 518 — APARTADO POSTAL 39 — MEXICO 12, D. F.

# S U M A R I O

Pág.

PROBLEMAS QUIRURGICOS EN LAS NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS.— <i>Por el Académico Correspondiente Extranjero, Sr. Dr. Dn. José María Rentería</i>	219
VARICES Y ULCERAS VARICOSAS.— <i>Por el Académico Dr. Manuel Castañeda Uribe</i>	249
EDITORIAL.—CIRUGIA Y MEDICINA PSICOSOMATICA.— <i>Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizá</i>	264
NOTICIAS.	266
REVISTA DE PRENSA	267

Director:

**DR. MIGUEL LOPEZ ESNARRIZAR**Gerente:  
M. LEON DIAZJefe de Redaccióñ.  
**DR. JOSE RABAGO**

## **CIRUGIA Y CIRUJANOS**

PUBLICACION MENSUAL

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.  
Franquicia especial Oficio núm. 60844 del 2 de octubre de 1937.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,  
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

### Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México .....	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero .....	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugia de todo el mundo.  
Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.

*tratamiento simplificado  
de los diabéticos con el*  
**INSULIN N. P. H., LILLY**

En el caso de muchos diabéticos que ahora requieren dos o más inyecciones diarias de otras preparaciones de insulina, una inyección de **Insulin NPH, Lilly**, al día es suficiente para controlar adecuadamente el estado. Esta mejora es un gran paso hacia una vida que se aproxima más a la normal.

Esta nueva insulina elimina algunos de los obstáculos con que los médicos tropezaban antes para regular las dosis de conformidad con las necesidades del paciente.

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION  
Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.



# Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XIX

Mayo 1951.

NUM 5

## Problemas Quirúrgicos en las Neoplasias del Glomus Caroticus \*

Por el Dr. JOSE MARIA REMENTERIA  
Académico Correspondiente Extranjero

Como señalan Bevan y Mc. Carthy son rarísimos los operadores que intervienen en más de un paciente con semejante tumor; y algún cirujano tuvo la oportunidad de intervenir en más de tres casos. De estas quiropatías no ha habido hasta el presente ningún autor que pueda, con experiencia personal suficiente, establecer normas sobre la conducta quirúrgica a seguir. Ocurre que, en la mayor parte de las veces, la lesión se presenta como una sorpresa operatoria, pues, como veremos, rara vez se hace el diagnóstico de antemano, y de ahí la necesidad en que se vé el operador de dar pronta solución al problema imprevisto en el momento presentado. La literatura, hasta hoy, se compone de un pequeño número de estudios sistemáticos y metódicos, más apenas de valor como registro casuístico.

Como recursos terapéuticos tenemos, sin hablar, de abstención, la intervención quirúrgica sobre el tumor (extirpándole), o el tratamiento por radioterapia; la presente observación será más bien un argumento a favor de las ventajas del primero, cuando practicamos la intervención con oportunidad.

Trabajo Reglamentario leído el 20 de febrero de 1951

CIRUGÍA Y CIRUJANOS

219

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

## OBERVACION CLINICA

P. E. de treinta y cuatro años, casado, ferroviario, residente en Linares (Jaén). Observación hosp. núm. 3.897.

*Antecedentes personales.*—Padre, fallecido a los setenta y cinco años de causa ignorada. Madre, fallecida á consecuencia de probable carcinoma de estómago, á los sesenta y cinco años. Tiene cuatro hermanos que gozan de buena salud. Perdió uno á los dos años de edad, á consecuencia de una bronconeumonía. Su madre nunca tuvo abortos.

*História conyugal.*—Casado á los veintiocho años. Mujer, buena constitución, aunque estéril. Nunca usó de medios anticonceptivos.

*Molestias y traumatismos anteriores.*—En la infancia tuvo sarampión, tosferina y varicela. Adolescencia buena. A los dieciocho años contrajo chancre venéreo, seguido de adenitis supurada. Fuma y bebe con moderación. El año 1918 tuvo la gripe epidémica de gravedad con gran congestión pulmonar. Nunca fué operado.

*História de la enfermedad actual.*—Hace ocho años el paciente sufre una cefalea muy intensa y frecuente, localizada en la región frontal, lado derecho, y durante un año permanece entre períodos de exacerbación y de calma. Así como una rinofaringitis. Ahora recientemente, desde hace dos años y completamente independiente de lo más arriba relatado, nota el paciente un nódulo en el lado izquierdo del cuello. Esta tumortación se inició como un grano de arroz, duro, con dolor, después fué creciendo poco a poco hasta llegar al volumen actual. Hoy, dado su gran volumen, le causa molestias á la respiración y á la deglución, más no produce dolores locales. El paciente también siente dolores precordiales frecuentes y muchas palpitaciones.

*Examen físico.*—Trátase de un hombre de buena complección, con 1.65 ms. de altura; peso de 68 kgs. 300 grs. de tipo asténico.

El examen de varios órganos y regiones del cuerpo revelan apenas una polimicro-adenopatía inguinal y si los dientes en mal estado. En el cuello se encuentra un nódulo en el lado izquierdo, al nivel del hioídes, del volumen de un huevo de gallina, de consistencia elástica, indolora á la palpación, móvil en sentido lateral, situado por debajo del músculo esterno —cleido— mastoideo, cuyo borde superior se palpa por encima

## NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

del tumor. No hay expansión pulsátil peculiar de los aneurismas. No se aprecian ganglios ni otros nódulos en la región.

Además de lo dicho, el examen clínico demuestra: presión arterial; máxima, 13,5; mínima, 8; pulso, 60 pulsaciones por minuto. Reflejo oculocardíaco, 0. (Prueba de apnea; inspiración, 54 seg. expiración 50 seg.). Dosis de hemoglobina, 90 por 100. Tiempo de coagulación, 6 min. Tiempo de hemorragia, 1 min. 30 seg. Examen de orina: densidad, 1.020; albúmina, no contiene; ácido diacético y acetona no contiene; sedimentos, raros leucocitos, hemograma Schilling; número de leucocitos; 8.400; basófilos, 0; eosinófilos, 8 por 100, mielocitos, 0; metamielocitos, 0; bastoncillos, 4; segmentados, 68 por 100; linfocitos, 29,6 por 100; monocitos, 6,6 por 100. Examen de heces; negativos. Examen otorrinolaringológico; rinofaringitis crónica. Examen radiológico; pulmones y mediastino, normales. Aumento del corazón izquierdo. El esófago no presenta el menor obstáculo al paso del sulfato de bario. Área cardíaca con exceso, 37 por 100.

Reacción de Wassermann en sangre, negativa.

Diagnóstico pre-operatorio; tumor de glándula carotidea.

Operación.—Fecha, 25-VI-1934. Operadores: Jefe, Doctor Rementería. Ayudante, Doctor Barroso.

Anestesia local.—Solución novocaina al 1 por 100. Marcha de la anestesia, perfecta.

**Descripción.**—Incisión de la piel á lo largo del borde anterior del músculo esterno-cleido mastoideo. Sección del tejido celular subcutáneo y el músculo cutáneo. Abierta la vaina aponeurótica del músculo esterno-cleido-mastoideo se rechaza el cuerpo del músculo hacia atrás y hacia afuera, dejando así al descubierto la superficie externa, del tumor, confirmando así el diagnóstico. La masa patológica presenta, al nivel de la bifurcación de la carótida un aspecto regularmente ovoide, con superficie lisa y adherente intimamente al paquete carotideo y presenta movimientos de expansión sincrónica con las pulsaciones vasculares. Por la compresión manual se obtiene la reducción del volumen del tumor primitivo. Comprobada la naturaleza glandular del tumor fué resuelta su extirpación, como de antemano ya estaba planeada, ligadura de algunos ramos venosos tributarios de la yugular interna que cruzan el tumor y aislamiento de la carótida primitiva por debajo de la neoplasia.

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

Liberada la carótida primitiva, se coloca una pinza de forcipresión de Alexis Carrel (pinza usada en la encefalografía arterial) que se conserva provisionalmente en el primer cliente, permitiendo el paso libre de la sangre. Esta precaución representa tan sólo una garantía contra eventuales rupturas vasculares y hemorragias consecutivas. El tumor se presenta terco semejante a una verdadera esponja llena de sangre, debe manipularse con el máximo de cuidado, pues las menores ramificaciones vasculares lesionadas en su superficie producen copiosas hemorragias.

Comienzo su liberación por el lado interno del tumor, separando de la glándula tiroidea y laringe. La arteria tiroidea superior es ligada, el nervio laríngeo superior que se hallaba englobado en la masa tumoral es igualmente sacrificado, obteniendo de esta forma mejor movilización de la parte anterior e interna del tumor, consiguiendo explorar mejor los anexos de la masa tumoral, como la arteria carótida externa que se separa en parte, no así el tronco del vaso; éste enteramente cogido y envuelto por la neoformación, no pude separarlo. Dada la imposibilidad de obtener el tronco de la carótida externa libre para futura anastomosis carótido-carotidiana á lo Petit-Dutaillis, como se planeó (ver en el capítulo consagrado á la conducta quirúrgica la descripción de la técnica en cuestión), pasé á ligar los distintos vasos á medida que se presentan. Son de este modo ligadas las arterias lingual, facial, y por fin, más alto a continuación la ligadura del tronco carotídeo. El tumor, que antes tenía limitados los movimientos por estar unido a la carótida primitiva, por abajo, y á la carótida interna, por arriba, se consigue por esta maniobra tenga mayor movilización la masa tumoral, por estar separada cuidadosamente de los planos posteriores, a saber: el nervio neumogástrico y del simpático cervical. Tales órganos son del todo separados y el tumor vuelto hacia el lado externo. Es interesante hacer notar que, cuando las maniobras de disección comienza á hacerse justamente á nivel de la horquilla, el paciente empieza á sentir sensación dolorosa precordial muy intensa, seguida de agitación y bradicardia. La impresión obtenida por la excitación compresiva de los varios puntos de la región, era de que tales manifestaciones se producían como consecuencia de la manipulación directa sobre la horquilla, y no tanto sobre los troncos nerviosos del vago y del simpático, colocados más posteriormente.

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

Conviene hacer notar que, cuando se ligó el tumor con sus ligamentos postero-externos, quedaron integras las ramas nerviosas tributarias del vago y del simpático. Obenida la completa liberación del tumor por la parte alta, separé el nervio gran hipogloso de la mejor manera posible, donde estaba fuertemente adherido a la cápsula del tumor, se pasó a aislar la arteria carótida interna más profundamente situada. Seccionando este vaso entre las ligaduras, y que fué hecho sin sentir el paciente la más pequeña perturbación ni molestia. Cogido al final el bloque tumoral unido por el tronco de la carótida primitiva, bastó que fuese el vaso seccionado, previa una doble ligadura, para que se obtuviese al final la retirada del tumor con la horquilla carotidiana. Toda la intervención fué conducida con el más absoluto dominio de orientación anatómica y técnica; no hubo sección de vasos que no se hiciese entre ligaduras o entre pinza y ligadura. La intervención duró una hora y cinco minutos. La anestesia regional fué perfecta y satisfactoria. El paciente quedó sobre la mesa con pulso bueno y sin demostrar la menor perturbación á no ser una ligera tendencia á mover la lengua para el lado izquierdo cuando proyectaba ese órgano fuera de la boca. Como señalabamos, el nervio gran hipogloso hallábase adherido al tumor, habiendo sido necesario sacrificar parte de su espesor para obtener su liberación.

*Pieza operatoria.*—La pieza fué conservada en formol al 10 por 100 y después inyectada con la misma solución á través, de la misma arteria carótida primitiva. Se procuró de esta forma obtener el mejor fijado posible de los tejidos, para facilitar ulteriores investigaciones histológicas, y, en efecto, el resultado fué óptimo, visto por su cara externa la pieza muestra con claridad el tronco de la carótida primitiva, la carótida interna, la caróida externa, y algunas ramas de este vaso último englobadas ó unidas al tumor ovoideo, que mide 6 cms. en sentido vertical, 4 cms. de ancho y 4.5 cms. en sentido anteroposterior. Vista por la cara profunda la pieza, toda ella está representada por la masa tumoral.

*Examen anatomico-patológico.*—Los aspectos que representan los varios cortes histológicos son absolutamente típicos de los tumores de la glándula carotidiana. Trátase, sin duda, de un tumor benigno, ricamente vascularizado y que, por su estructura particular, puede recibir el nombre de peritelioma.

*Examen del paciente al ser dado de alta.*—El curso post-operatorio

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

se hizo sin ningún incidente habiéndose retirado los puntos al octavo día; al ser dado de alta fué nuevamente examinado el paciente, persistiendo la tendencia de proyectar la lengua hacia el lado izquierdo, debido á haberse seccionado parte del hipogloso. El examen de fondo de ojo, realizado por el Doctor Moratal, nada revela de anormal, así como el examen de la laringe, practicado por el Doctor Layna, médico especializado. Igualmente fué de todo incapaz de evidenciar cualquier anormalidad por la disección del nervio laringeo superior.

Las manifestaciones subjetivas del malestar y dolor precordial, desaparecieron por completo, y el paciente presentaba excelente estado general cuando obtuvo el alta al décimocuarto día.

*Resultado remoto.*—El paciente, llamado a comparecer para explorar sus actuales condiciones, es sometido, en fecha del 13 al 14 de Enero de 1935, á los exámenes abajo señalados.

*Interrogatorio.*—Refiere el enfermo, que, después de operado, le desaparecieron por completo las cefaleas, antes tan frecuentes. Algunas veces, aunque menos fuerte, le repiten las palpitaciones y la sensación de fatiga, falta de aire. Dice haber cesado su rinofaringitis (aunque no corresponde á la realidad).

*Examen físico.*—Se halla de buen aspecto. Auscultado el corazón nada revela de anormal; presión arterial; máx. 14; mín. 9,5; pulso, 70; reflejo óculo cardíaco, más 2.

*Examen oftalmológico.*—Reflejos pupilares y fondo de ojo, normales, 10-1-1935 (Doctor Moratal).

*Examen otorrinolaringológico.*—Lengua de aspecto normal. No hay más vestigios que algo del antiguo desvío de la lengua. Laringoscopia indirecta; mucosa de buen aspecto, cuerdas vocales con buena movilidad; pequeño papiloma en la cara posterior de la epiglotis; rinoscopia, atrofia de la mucosa, más acentuada en el lado derecho, de las fosas nasales.

*Examen radiológico del corazón y aorta.*—La aorta presenta 3,3 centímetros de ancha, cuando el máximo sería lo normal de 2,4, dada la edad del paciente; el área cardiaca presenta 96,60. Tiene exceso de 37 por 100 en relación con el área normal, 70,68 para el peso de 57 kilos.

*Flebograma normal.*—

a) Contracción auricular derecha. b) Onda venosa legítima, dividida la contracción del ventrículo derecho en el trazado yugular, está re-

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

forzada por la contracción de la carótida, éxtasis de dilatación ventricular, c) Electro-cardiograma; de P. E., fecha, 14-1-1946; tiempo, 0,05; amplitud, 1 milivolt., igual á 12,5 mm.; frecuencia, 70 pulsaciones por minuto. Tiempo de los accidentes: P. O., 10; P. R. O. 15; O. R. S., 0,075; T. O.; 25.

*Diagnóstico diferencial.*—El diagnóstico de los tumores de la glándula carotídea está muy lejos de ser fácil en la clínica, debido á la variedad de la lesión y á consecuencia de la falta de idea en admitir la hipótesis de su existencia. Según Aperlo y Rossi, la exacta naturaleza de la molestia está muy raramente establecida antes de la operación. De la misma opinión son Bevan y McCarthy, pues en la serie de 131 casos recogidos por ellos hasta el 1931, solamente figuraban en el diagnóstico pre-operatorio cierto, 14 casos.

De la variedad de la lesión hablan elocuentemente los escasos trabajos existentes en la literatura mundial acerca del asunto. En la casuística nacional no nos fué posible encontrar ningún caso relatado: Aperlo y Rossi reunieron en el 1927 un total de 114 casos, de los cuales apenas ocho, observados en Italia; Bevan y McCarthy, en el ya citado trabajo, consiguieron encontrar 131 casos. El más joven de los pacientes de esa serie tenía siete años de edad, y el más viejo, setenta y tres. La media de edad, fué de cuarenta y un años. En cuanto á los sexos, 64 eran hombres y 67 mujeres. Rankin y Wellbrok, en un trabajo publicado en el 1931, refiere un total de 196 casos existentes en aquella ocasión, en toda la literatura médica; ahí se hallan incluidos los 12 casos observados en la Clínica Mayo, de los cuales uno merece especial mención por tratarse de un tumor bilateral.

La sintomatología ligada a tales tumores, es relativamente pobre. En general, apenas refiere al paciente la existencia de un nódulo en el cuello, que no le molesta y va creciendo lenta y progresivamente. La ausencia de manifestaciones dolorosas locales, ya espontáneas, ya provocadas, constituye un hecho digno de consideración. Compresiones del vago seguidas de sensación vertiginosa, no son de rara observación. Casos hay en que se produjo el síndrome de Stokes-Adams. Son muy frecuentes las perturbaciones recurrentes traducidas por ronquidos, disfagia, disnea, etc. Casos igualmente existen en los cuales el tumor fué bien tolerado por más de treinta y seis años sin causar ningún trastorno.

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

El tumor aparece y se desarrolla como un nódulo solitario localizado en la parte superior de la región lateral del cuello, fronterizo al hioideas, luego lindando con el borde anterior de músculo externo-cleidomastoideo. La masa es móvil, redondeada, de tamaño variable y que puede ser del volumen de un huevo de pájaro pequeño al de un huevo de ganso. La movilidad manual del tumor tiene la propiedad particular de desplazarse en sentido transversal y no en sentido vertical. Esta propiedad, según los autores, tiene especial significación, y por eso debe ser provocado con delicadeza. El tumor manifiesta un tipo peculiar de latido; es una elevación consecuente a la transmisión de las ondas carotídeas, aunque no va acompañada de la pulsación y contracción propia de los aneurismas. Tal tipo de expansión, si bien no es señal patognomónica del tumor de glándula carotidea, representa con todo un signo muy característico y estimable. En muchos casos es posible obtener por la compresión la reducción del volumen de la masa, y volver a su primitivo tamaño cuando cesa la fuerza compresiva. Esto sucede gracias a la naturaleza altamente vascular, casi carnosa, del tumor. Raramente se nota el trill, constante y patognomónico en los aneurismas.

El diagnóstico diferencial sólo podrá ser hecho después de cuidadoso trabajo de exclusión metódica de las demás formaciones nodulares frecuentes en el cuello. Al comienzo, tratándose de tumor del cuello, conviene, desde luego, sentar la hipótesis de que no se trata de una adenopatía cervical. Las adenitis pueden con frecuencia presentarse como lesión solitaria, ó bajo la forma de afecciones regionales, comprometiendo varios ganglios, ó grupos de ganglios de diversas regiones del cuerpo. En las adenopatías generalizadas encontramos diversas entidades (enfermedades), tales como la leucemia linfoide, enfermedad de Hodking, linfoma, linfoma, linfadenoma linfo adenopatía folicular gigante enfermedad de Brill Symmers, adenopatía luética secundaria, tuberculosis ganglionar, etc. En el caso en cuestión, tales posibilidades son excluidas, vista la quiropatía, bajo la forma de un nódulo único. Reconocida la lesión como circunscrita á un solo punto, dada la integridad de los ganglios de la región, tenemos como posibles hipótesis clínicas, las adenopatías mónganglionares inflamatorias secundarias á procesos infecciosos de la boca, de la faringe, etc. la adenitis tuberculosa solitaria, y, por fin; un gru-

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

po de neoplasias linfoma, ó linfosarcoma y las adenopatías cancerosas metastásicas, que desde un principio se pueden alojar en un sólo glangio.

Por las múltiples investigaciones auxiliares, hemos podido excluir que se trate de una afección ganglionar, volviendo nuestras miradas hacia los tumores cervicales, no ganglionares; en ese grupo pasamos revista en nuestra memoria de las siguientes posibilidades; aneurismas, tiroides aberrante, quiste branquial, carcinoma branquiógeno, quiste hidatídico, quistes serosos, congénitos multiloculares (linfagiomas difusos), quiste dermoide profundo, linfoma y, por fin, tumor de la glándula carotidea.

Cada una de las lesiones mencionadas tienen particularidades clínicas que le son propias, haciendo el diagnóstico diferencial gracias al raciocinio clínico, ayudado por los medios adecuados auxiliares de examen. El diagnóstico llega por fin al punto de poder determinar con grandes posibilidades de certeza, la existencia de un tumor benigno cervical, esto es, neoplasia benigna. Digo neoplasia benigna, porque es de crecimiento lento, libre de adherencias, móvil, de consistencia elástica, más no quística. Neoplasia porque crece lenta y progresivamente, proceso nada inflamatorio porque le faltan los caracteres de reacción circunvecina comunes en tales casos, y porque las investigaciones complementarias confirman tal hipótesis (fórmula sanguínea, reacciones serológicas) etc.

Un tumor benigno en la región lateral del cuello puede muy bien ser un tiroides aberrante, un quiste dermoide profundo, un quiste branquial. Más, ¿por qué admitir la idea de un tiroides aberrante que apenas es móvil manualmente en el sentido transversal, ni en el sentido vertical?, ¿Por qué aceptar la idea de un dermoide localizado debajo de la horquilla de la carótida?

La sede, la consistencia, la forma, la movilidad manual, la marcha evolutiva, las relaciones con las carótidas, el tipo especial de pulsación, sin expansión en contraste con la expansión pulsátil de los aneurismas mas todos esos elementos, de por sí y en conjunto, hablan en favor de la hipótesis del tumor de la glándula carotidea; y como fueron recogidos y encontrados en nuestro caso, es por lo que llegamos al diagnóstico correcto antes de ser la lesión expuesta a la exploración cruenta y ataque quirúrgico.

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

## CONSIDERACIONES ANATOMO Y FISIOPATOLOGICAS

La primera descripción del cuerpo glandular que ahora nos interesa fué hecha por Haller en el 1743, quedando señalada su presencia bajo la denominación *ganglion minutum* (*ganglio pequeño*). Esta descubierta cayó en la oscuridad hacia el año 1783, cuando Neubauer nuevamente se refirió al órgano. En 1797, Andersch hace una bella exposición de lo que él llamó el "ganglio intercarotideo". El estudio microscópico de la estructura se realizó hacia el año 1862, cuando Luschka dió publicidad á los estudios minuciosos sobre el tema por él estudiado y llevado a cabo. En 1931 Stieda describió el cuerpo carotideo como una colección triangular de células ligadas por medio de un fino trazo fibroso al epitelio de la cavidad bucal, de un lado, y al timo de otro lado. En la literatura americana, la primera referencia existente de los tumores de glándula carotidea se hallan en el trabajo de Scudder, en fecha 1903. En 1906 Keen y Funke hicieron una completa revisión de la literatura hasta aquella fecha.

Topográficamente (el *glomus caroticum*) se encuentra no propiamente en el ángulo de bifurcación de la carótida primitiva, sino más atrás de ese mismo ángulo; la glándula es mas retrocarotidea que intercarotidea por tanto.

En cuanto á la forma, es en general la glándula ovoide, ligeramente alargada en el sentido vertical. Mide cerca de 5 á 7 mm. de altura, 2, 5 a 4 mm. de largo y 1 a 1,5 de espesor. Posee una cápsula fibrosa bien destacada, hallándose unida á la pared de la carótida, ya externa, ya interna, por un pedicolo fibroadiposo de 3 m., denominado ligamento de Mayer. A través de ese pedicolo es por el que recibe la glándula sus vasos de nutrición. Según muchos autores, las arterias proceden de la carótida primitiva ó de la interna. De pronto se llegó a dudar, desde que Smith, con su espléndido y reciente trabajo, mostró en todos los embriones de animales, inclusive en el hombre, y salvo la única excepción representada en los porcinos, que las arterias provienen de la carótida externa, naciendo antes que el tronco de la occipital y de la faríngea ascendente. Las venas son bastantes variables, más en general dejan la glándula por su polo superior para desembocar en los troncos venosos de la laringea superior, de la faríngea o lingual. Los nervios, especialmente numerosos, provienen del ramo faríngeo del noveno nervio craneal, y del ganglio sim-

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

pático. Algunos autores aceptan la existencia de ramos procedentes del vago y del hipogloso, pero no andan de perfecto acuerdo sobre tal punto. Histológicamente, la glándula carotídea presenta manojos fibrosos derivados de la cápsula glandular que penetra en el interior del órgano, dividiéndolo en lóbulos, los cuales, a su vez, subdivididos en lobulillos por tabiques menores, los manojos fibrosos son ricos en núcleos y contienen numerosas fibras nerviosas mielinicas y amielinicas. Los lóbulos poseen elementos celulares de varios tipos; en su mayoría se hallan representados por células grandes, poliédricas, ricas en protoplasma, finamente granulosos y poco marcados. Los núcleos son grandes, redondos y ovales, en general excéntricos y fuertemente basófilos. Los autores describen como característica importante la existencia de numerosos elementos celulares diseminados, con avidez por los reactivos crómicos, son las células cromafinas, semejantes a las de la suprarrenal (Kohn). Este punto está sujeto a controversias. La red capilar es excepcionalmente rica, dando lugar a que se formen verdaderos manojos que resultan de la dilatación de capilares; estos vasos se enrollan sobre si mismos y se apelotonan de tal modo que presenta el aspecto de un glomérulo. De ahí el nombre dado a la glándula de glomus caróticus. La estructura de la glándula se modifica gradualmente, a medida que el individuo va avanzando en edad. En la infancia y edad juvenil tienen un volumen pequeño, predominando los elementos celulares. Con la edad el volumen del órgano aumenta; en cuanto a los capilares y el estroma, pasan a dominar, en detrimento de los componentes celulares. El desenvolvimiento embriológico de esa estructura ha dado margen a grandes divergencias de opinión. Las varias teorías embrionarias formuladas pueden ser clasificadas dentro de la siguiente división primero, teoría epitelial; segundo, teoría vascular, tercero, teoría nerviosa.

Rabl, Boun y otros, acreditan el origen epitelial, juzgando a éste último de ser un derivado tiroideo accesorio. No hay argumento alguno favorable a semejante concepto. El origen vascular es defendido por Katschenko, Arnold, Waldayer y otros. Acerca de la naturaleza conectiva, epitelial de los rudimentos embrionarios de la glándula, también existen las opiniones de Fischels y de Paltauf. La doctrina que defiende el origen nervioso tiene como adeptos a Stilling, Kohn y otros. Luschka, en su primitiva hipótesis, interpretó la estructura como esencialmente nerviosa.

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

En el detallado y prolífico estudio realizado por Smith, concluye por decir que la glándula se deriva de un material complejo reunido en el desarrollo evolutivo del tercer arco mesodérmico. De cualquier manera, el hecho es que el perfecto conocimiento de la evolución embrionaria de la glándula carotidea está muy lejos de haber sido alcanzado. Nuevo y más complejos estudios son necesarios para el esclarecimiento definitivo de esta cuestión.

El papel fisiológico representado por la glándula hasta el presente permanece algo oscuro, no obstante y en el curso del tiempo se va viendo claro gracias al tesón de los investigadores.

Moulon, Gómez, Scaffidi, Vassale, Lamzillata y Frugoni, presentaron estudios sobre el tema. Moulon, por la inyección de extracto de glándula carotidea de caballo, sobre ellos obtuvo una elevación de presión arterial. Concluyó diciendo que su acción era semejante a la de la adrenalina. En oposición a tales estudios, Gómez, en 1907, obtuvo exactamente el resultado opuesto: una baja de presión arterial, por la inyección de extractos glicerinados. Scaffidi, llevó a cabo la destrucción artificial de los corpúsculos carotídeos en bécarras, sin acarrear perturbaciones consecutivas. Vassale, con la destrucción por medio del termocauterio de las glándulas de ambos lados en los gatos, notó la aparición de glucosuria, que fué observada inmediatamente después, de la operación y permaneció por cuatro días. Estos animales, obnubilados, no volvieron después a presentar glucosuria, perdieron peso progresivamente y se volvieron caquéticos, terminando por fallecer, a los seis meses después de la operación. Lamzillata notó glucosuria pasajera por la destrucción del tronco del simpático en el cuello y del ganglio simpático cervical superior. Frugoni, valiéndose de inyecciones obtenidas por la maceración de las glándulas carotídeas de ternera, demostró la existencia de un vasodilatación nítida. Fischer, obtuvo, por la extirpación de ambas glándulas carotídeas en los gatos, modificaciones óseas semejantes a la osteomalacia y un aumento de las paratiroides. Las experiencias de extirpación arriba citadas pierden su valor si consideramos el enorme trauma exigido para las extracciones de estas pequeñas formaciones. La cadena simpático-cervical en todas las experiencias de ese género ha sufrido considerablemente. Las inyecciones de extractos totales, como las de Frugoni, encuentran explicación mucho más satisfactoria de sus resultados en otras bases que, por la hipótesis, del con-

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

tenido en éstas de sustancias específicas. Con todo, el aspecto altamente vascular demostrado por los cortes histológicos significan, sin duda, que tales cuerpos poseen un metabolismo muy activo.

Dejando de lado las hemorragias notadas en la glándula carotidea por Paunz en los prematuros, en la púrpura y después en las tiroidectomías, las esclerosis, observadas por Gómez y después por Schaper, serían debidas exclusivamente a la edad, así como algunas infiltraciones linfoides, ciertas degeneraciones amiloïdes, el hallazgo de infiltraciones por células redondas descritas por Paunz en la hidrosofia. Pero hoy en verdad hay evidencia experimental anatomico-patológica y fisiopatológica favorable a la naturaleza endocrina del corpúsculo carotideo.

¿Qué es el seno carotideo? La región de la bifurcación de la carótida, la dilatación inicial de la carótida INTERNA y el GLOMERULO CAROTIDEO. Está en conexión con los nervios craneales (4-10-9), así como con el simpático.

El glomérulo parece comportarse como una glándula endocrina segregando una sustancia depresiva llamada CAROTIDINA que es diferente de la acetilcolina e histamina. Se cree guarda estrechas interrelaciones con las paratiroides y suprarrenales: parece un hecho confirmado, que la enervación del seno provoca un hiperfuncionamiento de la glándula paratiroides y suprarrenal así la infiltración anestésica carotidea, equivaldría a la administración de CORTINA, con supresión de la CAROTIDINA. Con esa infiltración se actúa sobre el metabolismo del ácido ascórbico, el cual, interviene a su vez, en la formación de la corthormona, sobre el metabolismo de la V. C. es directa? Hoy por hoy se admite que este metabolismo está bajo la dependencia del SISTEMA HYPOPHISODIENCEFALICO y que la infiltración del seno, modifica aquél, a través de éste.

Hasta ahora son relativamente raros los tumores y lesiones más frecuentes de tales corpúsculos.

Varios nombres también han sido usados para bautizar las neoformaciones de la glándula carotidea; endoteloma, peritelioma, hemangioma, peritelial, adenoma, neuroblastoma, fibroanginoma, feocromocitoma, etc. El nombre de peritelioma, sugerido por Paltauf, merece actualmente la simpatía de la mayoría de los anatomico-patólogos; Ewing lo adopta, en su clásico libro sobre tumores. El aspecto histológico del tumor es absolu-

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

tamente característico y particular. Las distribuciones de las células específicas y de los elementos endoteliales constituye una disposición especial que toma el tumor un aspecto "sui generis", como dice Ewing. La neoformación está constituida esencialmente por una hiperplasia de las células normales de la glándula. En casi todos los casos el aspecto histológico no reproduce el cuadro de la glándula normal. Está dispuesto el tumor en compartimientos ó en grupos de células grandes, de protoplasma claro y finamente granuloso y poco coloreado. Los núcleos, celulares, ovales, bien teñidos y los tabiques conectivos contienen ricas formaciones capilares y abundantes células ganglionares; tales son los puntos más característicos del tumor.

Los neoplasmas de la glándula carotídea son, en gran mayoría, benignos; con todo, existen los tumores malignos ahí localizados, habiendo sido referidos en la literatura 24 casos hasta el 1929. Bevan y McCarthy dan el 17.8 por 100 como el número que expresa la frecuencia de la malignidad en los tumores de la glándula carotídea.

Rakin y Welbrock consideran el 20 por 100 como malignos, y el 80 por 100 como benignos.

Ternowsky cita la opinión de Romanis y Mitehiner, según el cual la glándula carotídea dará lugar a la formación de dos tipos de tumores: 1a. tumores benignos, en general llamados periteliomas; 2a. tumores muy malignos, conocidos por el nombre de "tumor batata de Hutchinson". Estos hállanse intimamente ligados a las arterias carotídeas, y más tarde acaban por invadir la vena yugular, el músculo externo-cleido-mastoideo, el vago y el simpático. Antes de cerrar este capítulo, consagrado a las cuestiones fisiopatológicas, deseamos hacer algunas consideraciones acerca de las reacciones notadas durante las maniobras de separación del tumor y las que se producen en la intervención quirúrgica, ligeramente expuestas antes.

Como pudimos estimar, el paciente presentó, en el momento en que las manipulaciones se hicieron sentir sobre la cara posterior del tumor y fueron expuestos los planos profundos de la región lateral del cuello, áreas en que están contenidos los troncos del vago y del simpático, manifestaciones de dolor precordial intensas, acompañadas de bradicardia. Tales perturbaciones hállanse, sin duda, ligadas a las maniobras operatorias; tanto, que variaban con ellas y podían ser voluntariamente provocadas

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

por el operador, gracias a las excitaciones, compresiones y tracciones llevadas a efecto sobre la región. Desde el principio fueron ellas violentas y alarmantes, por lo que me vi obligado a obrar con una prudencia y delicadeza esmeradísima. La infiltración anestésica de los tejidos peritumorales contribuyó para atenuar la intensidad de los trastornos y fenómenos desagradables. Tal medida, unida al empleo de una técnica antitraumática, hizo que llevara a buen término el aislamiento de la cara posterior del tumor, sin mayores contratiempos. ¿Cómo interpretar semejantes relaciones? Representan los fenómenos arriba citados amenazas a la vida del enfermo, y, por lo mismo, debe el cirujano estar avisado contra ellos.

Sin duda, los fenómenos de depresión, de pulso, de bradicardia y de dolor precordial tienen significación muy importante, y fué debido al previo conocimiento del mecanismo por el cual se producen; que en mi caso llegara la intervención al éxito satisfactorio ya señalado. En efecto, los estímulos inhibidores cardíacos, producidos por mecanismos nerviosos reflejos, podrían tal vez haber llevado al enfermo a un síncope cardíaco posiblemente mortal, si no hubiera puesto en juego precauciones especiales.

La región de la horquilla carotidea es de hecho conocida como centro de reflejo importante. McCarthy ya había llamado la atención sobre los fenómenos carotideo-circulatorios resultantes de las excitaciones de dicha zona, ocurriendo lo mismo cuando ellas son de naturaleza química y actúen sobre la túnica interna del vaso, como acontece en la encefalografía arterial. McCarthy confirma, por tanto, la existencia en el hombre de las zonas reflejas carotideas descritas por Hering y Danielopolu.

Trabajos recientes insisten sobre el asunto, y entre ellos se destacan lo de Hovelacque y sus colaboradores, y los de Dowus.

Hovelacque, Maes, Binet y Cabes, evidenciaron un nervio carotideo, como detalle de estructura importante, y encontraron las conexiones existentes entre él y el corpúsculo de Luschka. En el animal no es posible ver esa glándula a simple vista. El nervio carotideo envía numerosos filamentos a la glándula: nervios que, según estos autores, serían ramas principalmente del gloso-faringeo y del simpático. La excitación eléctrica, por el mecanismo del "sinus carotideo", provoca en el animal de experimentación, apreciándose con toda nitidez, retardo del pulso o hipotensión arterial, de origen vasomotor.

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

Tales reacciones no se presentan cuando la región de la horquilla ha sido denervada. Las excitaciones térmicas son igualmente eficientes en la producción de las reacciones arriba descritas. Concluyen los autores por afirmar que el nervio carotídeo es perfectamente comparable al depresor de Ludwing-Cyon, el nervio sensitivo cardio-aórtico. Ambos, en conjunto, constituyen piezas de un mecanismo de protección. La zona de la horquilla carotidea es, sin duda, una región sensitiva que, actuando a través del nervio carotídeo y de los centros medulares, contribuyen poderosamente para la regulación de la circulación sanguínea.

El conocimiento de la sensibilidad, peculiar de la región de la horquilla de la carótida, nos alejará de provocar maniobras intempestivas; tales conocimientos son, pues, de un valor extraordinario en la práctica diaria de la anestesia, especialmente cuando se emplea el protóxido de ázoe, como bien lo demostró Downs.

Mickan Downs, en un reciente trabajo suscitado por un accidente mortal, observado súbitamente durante una narcosis por el protóxido de ázoe y después de analizar meticulosamente los posibles factores capaces de causar semejante hecho, puso de relieve el papel de los reflejos de origen carotídeo. -Las experiencias llevadas a cabo en los animales reprodujeron con mucha fidelidad el cuadro clínico observado, y por eso el autor terminaba por aceptar las siguientes conclusiones prácticas formuladas en este interesante estudio:

1a.—En las anestesias por los gases debe haber el máximo empeño en evitar la compresión digital de la región del tumor carotídeo. Al mantener la mascarilla, el anestesista hace a veces considerable presión sobre la cabeza del enfermo. Para conservar el maxilar hacia adelante es costumbre enganchar el borde óseo con las puntas de los dedos. Justamente por debajo del borde del ángulo del maxilar es donde se halla la zona peligrosa por la producción de un sincopal respiratorio por la compresión de este punto.

2a.—Los trabajos de Florey y Marvin demostraron tener el éter, administrado en inhalaciones, la propiedad de disminuir la excitabilidad del "sinus carotídeo". Por tanto, la adición del éter a los gases no solamente estimula la respiración, sino que también reduce los efectos de la compresión carotidea eventualmente producidos.

3a.—En los casos de accidente de ese tipo, todas las drogas son inú-

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

tiles. El único tratamiento será someter al enfermo al régimen de la respiración artificial.

Las infiltraciones anestésicas del seno carotídeo provocan el mejoramiento de las funciones bulbares y DIENCEFALICAS, activan el metabolismo de la V. C. aumentando la secreción de CORTHORMONA, tal sería la marcha de los procesos biológicos.

Estando indicando su uso en los siguientes procesos:

1o.—*En la insuficiencia SUPRA-RENAL AGUDA, es pues, una de las principales indicaciones de éste método.*

Fundándose en la acción refleja sobre la región HYPOTALAMICA.

2o.—Se ha empleado también esta infiltración en los SINCOPIES DE REPETICION, denominado de hiper-reflectividad sinusal, algunos de los cuales (los del tipo vagal y los del tipo depresor con vaso-dilatación general) ceden a la asociación ATROPIA ADRENALINA.

3o.—En las crisis de Espasmofilia y Tetania Aguda o post-operatoria parece haber dado también buenos resultados. Esta terapéutica está fundada en la teoría según la cual la enervación sinu-carotidea reactiva la función paratiroidea. Así, junto al empleo del Cloruro de Calcio tendríamos esta terapéutica complementaria de los ESPASMOS.

4o.—En el Shock su influencia es evidente. El hecho quiere explicarse por la ya citada acción pro-hormona cortico-suprarrenal, la cual por un mecanismo indeterminado intervendría en la permeabilidad CAPI-LAR y en su ATONIA, que son la causa de la muerte en el Shock.

Aquí cabría decir que en la cadena de procesos, el factor DIENCEFALICO sería el primordial, y es este factor el influenciado por el método.

5o.—COLAPSO PERITONEAL, es un estado Sincopal de Shock, debido no tanto a la acción de las toxinas reabsorbidas por la serosa enferma, como a la excitación de los CORPUSCULOS SENSITIVOS, la que pasando por los plexos solares y esplácnicos, llegaría a los centros nerviosos.

Así pues, el Colapso Peritoneal sería un fenómeno nervioso, que provoca un stockage o almacenaje sanguíneo importante en el territorio del esplácnico con la consiguiente disminución masiva del volumen circulante, la cual tiene repercusiones graves sobre la circulación de los centros DIENCEFALICOS.

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

6o.—En la **MYASTENIA BULBO-ESPINAL**. Los que la han empleado en esta enfermedad, se fundan en sus relaciones con la corteza suprarrenal bajo el punto de vista experimental y clínico (favorable influencia en la enfermedad de Addison).

### PROCESOS CRANEO-ENCEFALICOS.

En la Cirugía del Simpático Lambert, nos manifiesta las siguientes INDICACIONES de las infiltraciones anestésicas del seno carotídeo en los procesos Cráneo-encefálicos.

1a.—En los **TRASTORNOS CIRCULATORIOS**. Espasmos vasculares, embolia cerebral, arterioesclerosis cerebral, focos de reblandecimiento.

En aquellos casos de **EPILEPSIA** o **CRISIS CONVULSIVAS** en que el origen vascular del síndrome parece cierto. La operación (Enervación) la realizamos en el lado en que la tensión retiniana es la más baja.

Contra la **HIPERTENSION CEREBRAL**, se ha empleado el método, esperando que la elevación de la tensión arterial general, la modificación rebajándola.

2a.—En **OFTALMOLOGIA**. Espasmos retinianos y neuritis retrobulbares, retinitis pigmentaria, atrofia óptica.

3a.—En **OTORRINOLARINGOLOGIA**. Canestro y Durante han preconizado la enervación sinusal en los casos de laringitis tuberculosa, logrando una sedación de los fenómenos dolorosos y una cicatrización de ulceraciones laringeas.

Bastan las infiltraciones para combatir los espasmos y modificar la tos y la voz en las **TUBERCULOSIS LARINGEAS**.

### CONDUCTA QUIRURGICA POR SEGUIR.

Toda gravedad de las intervenciones llevadas a cabo en la extirpación de los tumores de la glándula carotídea depende de la eventual necesidad de ligar una, dos o las tres arterias carótidas.

El tumor adherente a los gruesos troncos arteriales, provoca muchas veces la inoperabilidad, a no ser que sean desplazados los vasos y otras

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

estructuras a las cuales se hallan unidas. Naturalmente, la gravedad de la intervención aumentará a medida que los sacrificios de tan importante estructura fueran mayores.

A pesar de reconocer la alta mortalidad inherente a las intervenciones cuando el tumor es extirpado después de la ligadura de la carótida primitiva, mortalidad que varía del 30 al 65 por 100, según Rankin y Wellbrook, se practica siempre la extirpación del tumor.

Aperlo y Rossi, en la revisión que hicieron de la literatura, encontraron, en 119 casos, 23-97 por 100 mortalidad.

Aconsejan la extirpación del tumor, cuando pueda hacerse sin exigir la ligadura de la carótida. Justifican semejante sacrificio en los tumores malignos, los cuales pueden tener grandes probabilidades de reproducción.

En resumen, la conducta debe ser ecléctica, para esos autores.

Bevan y McCarthy, basados en la alta mortalidad consiguiente a la ligadura de la carótida primitiva —30 por 100—, justifican la reacción del tumor, con el vaso solamente en las neoplasias malignas, indicando la róentgenoterapia para los casos benignos. Citan el caso por ellos observado en el que, después de una operación apenas exploradora, fué el enfermo encaminado para la radioterapia. Este enfermo fué examinado trece meses más tarde, hallándose entonces sin síntomas y con reducción completa de la masa tumoral.

La aplicación del tratamiento por la radiación profunda a los tumores benignos de la glándula carotidea no se halla en ningún otro autor, hasta el presente, por lo que nada se podrá aceptar en definitiva respecto al valor del método. Con todo, Ternowisky acepta la orientación de Sevan y McCarthy, cuando se hace necesaria la extirpación del tumor y la ligadura de las arterias carótidas.

Talmann, después de practicar algunas intervenciones de esta naturaleza, estima las dificultades y riesgos propios a las extirpaciones de los tumores de la glándula carotidea; juzga siempre difícil la extirpación de los mismos, y, para eso, prepara a sus enfermos por medio de sesiones de compresión temporal de la carótida primitiva. Gracias a ese procedimiento es por lo que explica el autor sus buenos resultados en dos casos, de los cuales uno es una enferma de sesenta años de edad. En los casos en cuestión, se vió en el enfermo forzado a la resección de la horquilla

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

carótidea los intervenidos no presentaron accidentes cerebrales. Insiste este autor sobre la cuestión del diagnóstico pre-operatorio, tan excepcionalmente hecho, y sin el cual no hubiera sido posible la preparación por él preconizada.

Stewart describe un caso que presenta un argumento favorable a la tendencia intervencionista, pues se trata de un tumor con caracteres clínicos de benignidad; no fué así la demostración antomopatológica. Las observaciones de Gil y de Stewart muestran que la radioterapia parece no beneficiar en manera alguna los tumores malignos de la glándula.

En las observaciones recientes de Joyce y de Abbatt y de Shattock, los tumores fueron extirpados con sucesos desagradables en cuanto a Roberts hubo de anotar la incidencia de una hemiplejia izquierda secundaria a la resección del tronco carotídeo.

*Estado actual del problema.*—Algunos extirpan el tumor, y dentro de estos casos hay diversos episodios, al lado de otros mortales y seguidos de accidentes cerebrales graves; Tamann, basado en el diagnóstico previo, prepara al enfermo y retira el tumor con la horquilla carótidea deliberadamente y nada nota de inconveniente por el lado de la circulación cerebral; por fin, unos terceros, juzgan mejor prescindir de la extirpación de semejantes tumores, debido al enorme riesgo inherente a las resecciones de la carótida (hasta el 65 por 100 de mortalidad).

¿Cuál es por tanto, el riesgo correlativo a la ligadura de las carótidas? ¿Hasta donde está el operador autorizado a practicar la extirpación del tronco carotídeo? ¿Por qué medios es asegurada al cerebro la circulación de suplencia imprescindible en las ligaduras? Veámos rápidamente las respuestas que podemos dar a tales cuestiones.

Consultando la literatura se encuentran afirmaciones enteramente antagonicas en cuanto al peligro de las ligaduras de la carótida.

Rudolph Matas (citado por Pilckery y Thuss), escribiendo en 1911: "Una larga y amplia experiencia en la cirugía de la arteria carótida acumulada en un periodo de veinticinco años, habiendo intervenido en más de 78 ligaduras y extirpaciones de la carótida primitiva y sus dos ramas, dice, me he convencido plenamente que el riesgo de fatales complicaciones intra-craneales y cerebrales como resultado de una circulación colateral insuficiente, no debe ser desestimado".

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

Al paso que, por otra parte, ese nos antepone la opinión de Marvey Cushing (cit. Pilcher y Thuss, II): "He ligado la carótida interna muchas veces sin síntomas aparentes. No recuerdo ningún accidente, pero puede ser que haya tenido alguno. He puesto todo mi cuidado en restringir estas ligaduras a personas jóvenes o de edad media, exentos de enfermedad vascular. Las ligaduras de la carótida primitiva tienen poca repercusión. Si hay algún efecto sobre la circulación de la cabeza y el cerebro, se evita anastomosando las dos carótidas no teniendo dificultades técnicas".

Los síntomas consiguientes a las ligaduras de los grandes vasos arteriales del cuello tienen manifestaciones inmediatas o tardías.

En el momento de la ligadura, o luego, más tarde, el enfermo puede presentar sensación de desfallecimiento, seguida de vómitos, sudores fríos, zumbido de oídos y oscurecimiento de la vista. Tales síntomas algunas veces son fugaces, al paso que otras veces aparecen perturbaciones más graves, como son: cefalea homolateral, afasia parcial o completa, hemiplejia contralateral, con anestesias y parestesias. Esas manifestaciones pueden retrogradar o permanecer en definitivo. Con frecuencia se observan casos en los cuales los síntomas arriba descritos son seguidos de dificultad respiratoria y, por fin, la muerte.

Las perturbaciones tardías por el hecho de aparecer más tarde, son en general menos graves: pero en algunos casos es posible también que después de diez días de la operación se presente súbitamente una hemiplejia, seguida o no de muerte.

Dorrance en el excelente trabajo recientemente publicado, expone las cinco teorías ahora propuestas para explicar los disturbios secundarios a las ligaduras de la carótida. Son ellas: 1a. anemia consecutiva a las anomalías del polígono de Willis; 2a. trombosis y embolia; 3a. isquemia por vasoconstricción de origen simpático; 4a. éxtasis circulatorio, y 5a. hemorragia intracerebral. A éstas Dorrance añade una más, esto es, la que reconoce la posibilidad de una lesión cerebral independiente de la ligadura, secundaria a infecciones, meningitis, etc. Como sabemos la circulación cerebral, que desde la época embrionaria es independiente para cada lado y tributaria solamente de la arteria carótida interna, cambia endocranealmente por la aparición de una comunicación entre las cerebrales anteriores y por la fusión de las arterias primitivas, reuniéndose en un tronco único, tronco basilar. Este tronco, derivado desde un principio de una

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

rama de la subclavia, gana en importancia por el desarrollo de las arterias vertebrales, y su circulación, después de algún tiempo, se realiza en sentido inverso del primitivo, constituyendo una dependencia del sistema carotideo; más tarde en conducto vascular de refuerzo para aquella red.

Como consecuencia de su propia formación embriológica, no siempre presenta el círculo arterial que entonces se formó, conocido por la denominación de "polígono de Willis", el aspecto típico normal; existen variaciones que fueron bien estudiadas por varios autores, entre los cuales figuran Mitehell, De Vries, Fawostt y Blackford y Windle.

Los datos sobre estos dos últimos estudios son de valor, porque establecen la frecuencia con que fueron encontradas las anomalías, al paso que en los demás trabajos apenas encontramos referencias en los hallazgos diseminados, sin que podamos saber cuántas veces aproximadamente se presentaron las anomalías, en relación con la distribución normal del polígono.

Los autores concluyen que raramente existe una defecto de circulación arterial de importancia por la ligadura carotidea, para producir reducción acentuada de la masa sanguínea, juzgando Fawcet y Blakford que una comunicación posterior es bastante para sustituir la ligadura de los sistemas; Dorrance juzga que existen anomalías; ellas no son tan comunes como pueden apreciarse en las perturbaciones.

McCarthy, Mayer, Pfeiffer, Friedmann, Le Fourmentreux, Zimmermann y Romans (citados por Dorrance), no obstante nos acreditan la importancia primordial de las anomalías del polígono de Willis, como explicación satisfactoria de los accidentes, cerebrales. Antes se han de ver los trabajos de Pfeiffer, por los cuales se llegan a conocer los procesos intimos de la distribución de la sangre del cerebro. Al lado de los vasos inyectores aferentes, existen los reductores de presión, capaces de sufrir inversiones en la dirección de la corriente sanguínea, para producir una perfecta y bien equilibrada distribución de las presiones y de las masas hemáticas en los dos hemisferios. La conclusión de este autor es que la sangre que alcanza los vasos de la base será uniformemente distribuido por toda la masa cerebral.

Después de las ligaduras de la carótida se verifican reducciones más o menos importantes del volumen de sangre destinado al cerebro, reduc-

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

ciones cuantitativas más lo que parece probable, es que rara vez esta disminución acarrea los accidentes observados en la clínica.

Cada una de las carótidas primitivas equivale en calibre al tronco basilar; por lo tanto, la ligadura de una carótida interna deberá reducir el volumen de sangre en un tercio. Naturalmente, es de todo punto necesario inspeccionar la integridad de la carótida opuesta antes de proceder a la ligadura, para no ser sorprendido por una aplasia o acentuada reducción de calibre de este vaso, como ocurrió a Homans y Guimard (citados por Dorrance).

Referente a la incógnita de la cantidad de sangre vehiculada por las carótidas hay un punto muy importante, y para el cual no siempre prestamos atención: es la influencia relativa ejercida sobre la circulación cerebral por la ligadura del tronco de la carótida primitiva. La obliteración del plexo carotideo principal no acarrea sino una reducción del 50 por 100 del volumen de sangre de la carótida interna, porque hay un reflujo de sangre importante a través de las ramas carótidas externas anastomosadas con las del lado opuesto.

La circulación retardada de la carótida externa a través de la horquilla para la carótida interna, gracias a las anastomosis contralaterales, ya era hecho reconocido por muchos autores, entre los cuales se encuentran Baroni, Coandry, Fisher, Freeman Guinard; Katz; Keegan; Kolodny; Krampf, Le Forts, Lenarmant, Le Fourmenstreux, Matas, Berthes, Ransohoff, Romanis y Mitchiner, Stierlin y Meyerberg, Trofer, Whale y Weecks (citados por Dorrance). Con todo, la aplicación más interesante de este hecho se encuentra en la operación propuesta por Petit-Dutailly.

Reconocida la importancia de la circulación retardada existente en el tronco de la carótida externa, esa circulación ha sido realizada en 50 por 100 de su masa, merced a la arteria tiroidea superior. Petit-Dutailly logró hacer anastomosis término-terminal del tronco en cuestión con la carótida interna en los casos de aneurisma de la horquilla.

Era esta operación la que teníamos intención de hacer en nuestro enfermo, estando para ello todo preparado; más la invasión extensa de la carótida externa no permitió que fuese hecha la liberación de su tronco, siendo, por el contrario, ligadas las ramas por separado. Para disminuir los efectos de la relativa reducción de la masa sanguínea, a consecuencia de la ligadura de la carótida primitiva; también ha sido recomendada la li-

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

gadura simultánea de su vena satélite; la yugular interna. Con este recurso sería alcanzada una mejor distribución de sangre en las terminaciones arteriales finas, como bien lo hizo comprender en su esquema Pemberton y McCangkan.

Prevaleciendo esta posibilidad, Babcock propuso y llevó a efecto la anastomosis carótido-yugular para la descompresión de los aneurismas aórticos, acreditando ser esta intervención también de un nuevo procedimiento para mejorar las condiciones de nutrición del tejido pulmonar en los casos de tuberculosis avanzada.

La teoría que se nos manifiesta como provocadora de la trombosis y la embolia poniéndolas como principales responsables, encierra una parte de verdad, y al mismo tiempo contraindica los recursos empleados, como son las compresiones de la arteria antes de la ligadura, usos de pinzas, fajas de aponeurosis o de metal. Tales procedimientos facilitarian la predisposición a la trombosis.

Las reacciones de origen nervioso reflejo, causadas por la manipulación traumática del tronco de las carótidas, tienen una importancia grande en la génesis y mecanismo de muchos casos mortales observados en la mesa operatoria. El perfecto conocimiento de los hechos señalados en el capítulo referente a la fisiopatología y que confirman el conocimiento del sincopal vaso-vagal, descrita por Lewis, tiene para los cirujanos que se dedican a la cirugía del cuello, importancia fundamental. Ya en 1931, en el Congreso de Medicina Internacional, reunidos en Moscú, Mandeltann y Lissitz manifestaban que: 1a. la irritación mecánica delplexo carotídeo en el hombre desencadenaba un reflejo depresor energético sobre el corazón y la circulación; 2a. compresiones de prueba sobre otras áreas vasculares no eran seguidas de tales respuestas 3a. no existe diferencia referente a los lados ni en relación a los sexos; 4a. la frecuencia y la intensidad de los reflejos varian mucho en relación con la edad. En los jóvenes solamente en el 25 por 100 de los enfermos es posible producir las reacciones depresoras y éstas mismas son de poca intensidad. La presión arterial baja de 5 mm. en la diferencial. En los casos y se evidencia por una baja depresión de 27 mma. de Hg.

Ciertos autores describen la extraordinaria predisposición a provocar dicho reflejo el cloroformo, la morfina y la digitalina; y afirman, contrariamente a lo que, defienden Meckean y Dowun, no ser influenciados por

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

el éter. Todos estamos de acuerdo en aceptar el efecto supresor de la infiltración anestésica. Los reflejos de origen carotídeo desempeñan un papel importante en los accidentes observados durante las intervenciones sobre los vasos del cuello. Los efectos provocados por las ligaduras sobre el cerebro en las escalas zoológicas inferiores, nos demuestran que tales interrupciones vasculares son mucho más responsables que en el hombre. Por eso, tanto Sterkolnikoff como Romeo, que trabaja en ese terreno, concluyen por hacer ciertas observaciones acerca de aplicaciones en el hombre de los datos obtenidos en el animal.

En resumen, y como consecuencia de todo cuanto he expuesto, me parece que la orientación más aceptable en la presencia de un tumor de la glándula carotidea será:

Proceder a su tratamiento quirúrgico por las perturbaciones que vienen causando, el crecimiento progresivo y por la posibilidad de encerrar elementos neoplásicos malignos, debiendo extirpar lo más precozmente, y en cuanto no se haya provocado el efecto curativo constante debe completarse con la radioterapia profunda. La extirpación no admite duda, puede ser hecha con el sacrificio de la carótida primitiva, o de la corótida externa tan solamente cuando se practique la primera debe de ejecutarse la operaciones de anastomosis vascular de Petit-Dutaillis (anastomosis térmico-terminal de la carótida externa con la carótida interna).

La conducta intervencionista presupone perfecto conocimiento del mecanismo de producción, de los reflejos cardio-circulatorios y respiratorios de origen vascular, razón por la cual empleamos la anestesia local y el uso de una técnica quirúrgica, lo menos traumática.

En los individuos de más de cuarenta años o en aquellos de edad menor, que presentaron manifestaciones de alteraciones arterioesclerosis, la extirpación del tumor no deberá ser hecha sin la resección de la horquilla.

En la explicación de los mecanismos y accidentes consecutivos a las ligaduras carotideas, aceptamos, con Lipshuts, la influencia combinada de varios factores, a saber: a) estado general y edad del enfermo; b) condiciones vasculares intrínsecas; c) modo de acción de la ligadura; d) importancia relativa de las anomalías del polígono de Willis para dar cabal interpretación a los accidentes graves inmediatos, ponemos en primer plano los ya descritos fenómenos inhibitorios reflejos de origen vascular.

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

## CONCLUSIONES

Para finalizar, voy a procurar sacar breves conclusiones de lo que llevo expuesto que es la 5a. esencia del contenido del trabajo, extraer de él lo más provechoso y substancial.

Estas conclusiones las dividiré en dos grupos: A, conclusiones generales. B, conclusiones operatorias orientadas sobre los problemas o ecuaciones de cirugía vascular.

### 1o. CONCLUSIONES GENERALES

I.—Los tumores de la glándula carotidea se presentan rara vez en la clínica, y su diagnóstico pre-operatorio sólo es hecho muy excepcionalmente.

II.—El adecuado diagnóstico podrá ser formulado cuando se halle la hipótesis de la existencia del tumor descubierto, y los datos de anamnesia han corroborado por las características siguientes:

1o.—Referente al sitio, tumor localizado al nivel de la horquilla de la carótida.

2o.—En cuanto al movimiento. Apenas tiene movilidad manual en sentido vertical o de la carótida, y sí transversalmente.

3o.—Sin expansión pulsátil.

4o.—La conducta quirúrgica sólo podrá ser trazada después de previo balance, dadas las condiciones generales y locales. El diagnóstico establecido de antemano permitirá obrar con mucha mayor seguridad que cuando la lesión se presente, como una sorpresa de operación.

El criterio elegido es el único compatible con la prudencia y moderación necesarias en clínica quirúrgica.

### 2.—CONCLUSIONES OPERATORIAS SOBRE LOS PROBLEMAS VASCULARES.

1a.—En las heridas de los vasos, sin sección completa, después de una gran hemorragia del primer momento en general se establece una gran vasoconstricción que no pocas veces evita o atenúa en los primeros momentos una gran hemorragia por haber desaparecido el reflejo de vasoconstricción (Ley de Werwon) y de no ser intervenido sería fatal.

2a.—Arteriectomia y no ligadura.

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

3a.—He practicado desde la ligadura de Anel, Hunter, Bassador, Wardorp. Los procedimientos Antyllus, Halsted, Phyladrius, Purman, Annandale, R. Matas, Kikuzy. Aunque teóricamente el tratamiento ideal de los aneurismas sería la reconstrucción del vaso por los distintos procederes que dispone la técnica quirúrgica (angiografía, injerto vascular, endo-aneurismorrafia) pocas y contadas veces en el terreno práctico he podido obtener la permeabilidad permanente del vaso. Por éstas y otras múltiples razones, siempre que sea factible, soy partidario de la extirpación del saco aneurismático que equivale a una simpatectomía más o menos extensa, contribuyendo al restablecimiento de la circulación colateral que es el fin que perseguimos.

4a.—En los casos de resección de la carótida primitiva en la dicotomía por la existencia de un aneurisma he podido practicar el ingenioso procedimiento de Petit-Dutaillis.

5a.—La ligadura y la arteriectomía debe ir seguida de la ligadura o resección de la vena satélite o a la inversa, para mayor uniformidad y distribución de la masa sanguínea; trabajos publicados por Pemberton, y McCaugham.

6a.—Los síntomas regionales y los estados mioprágicos están en relación con el stoop del voltaje y amperaje vascular, es decir, con el régimen circulatorio que recibe la víscera irrigada por el tronco correspondiente.

7a.—Los reflejos vasculares de la horquilla carotidea son de tan extraordinario interés que debe conocerse con todo detalle.

8a.—La autonomía de una región es relativa y siempre está condicionada por el gran simpático y sistema endocrino.

9a.—El role arterial dependerá: 1o. del amperaje o cantidad de sangre y 2o. de la tensión voltaje.

10a.—Claro está que éstas complicadas ecuaciones orgánicas están en relación con los exponentes humorales, vasculares y peri-vasculares.

En estas conclusiones hemos tenido en cuenta los siguientes puntos de estudio:

1o.—Régimen circulatorio.

2o.—Autonomía circulatoria.

3o.—Volumen minuto.

4o.—Su diferencia con la embolada ventricular.

5o.—Relación del volumen minuto, voltaje y tensión arterial.

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

- 6o.—Unidad de tiempo y esfuerzo.  
7o.—Fisiología de como son condicionados por el tronco arterial las diversas regiones anatómicas del organismo. (En este caso el cerebro).  
8a.—La fisiopatología regional en las arteriectomías y su importancia quirúrgica en la biología regional.  
9o.—Ecuaciones orgánicas y estudio de sus exponentes.

COMENTARIO

*Por el Académico Miguel López Esnurrizar.*

No puedo ocultar la intensa satisfacción que tengo al haberme tocado hacer el comentario oficial del trabajo del Dr. José María Rementería, debido a que se trata de un trabajo muy hermoso e interesante, lleno de sugerencias, sobre un tema raro en casuística, en un órgano todavía mal conocido y porque su Autor es un competente y talentoso cirujano, de gran ejecutoria quirúrgica y gran amigo de la Academia y de México.

El eje del trabajo consiste en el hallazgo, diagnóstico y operación el 25 de junio de 1934 de un caso personal del autor al que se añaden grandes aciertos diagnósticos, anestésicos, operatorios y terapéuticos lejanos junto con una magistral revisión del tema y oportuna meditación fisiopatológica.

En efecto, la revisión mundial de la literatura y la que hemos hecho nosotros de épocas más recientes demuestran que se trata de un padecimiento que se vuelve interesante por lo excepcional; como trabajo de fondo encontramos el de R. Lates publicado en "Cáncer" de Nueva York y que se titula "No-cromafin paraganglioma del ganglio nodosum, cuerpo carotídeo y cuerpos arco-aórticos". (3: 4, 667 julio 1950) y otro, que aunque es de conjunto, incluye el padecimiento "Tumores intratorácicos neurogénicos primitivos" por Godwin, Watson, Pool, Cahan y Nardiello publicado en el J. Thorac. Surg., 20: 169, 1950.

En la literatura mexicana lo único que nos parece se ha escrito es por el Dr. Conrado Zuckermann, un capítulo muy hermoso, de carácter didáctico en su Patología, 1er. tomo de 1935.

En cambio, como resultado de encuesta tentativa o provisional entre cirujanos mexicanos, tenemos noticias personales de casos inéditos operados del Dr. Miguel Lavalle (un caso), del Dr. Clemente Robles (un ca-

#### NEOPLASIAS DEL GLOMUS CAROTICUS

so), del Dr. Vergara Soto (2 casos) y del Dr. Mariano Vázquez (dos casos). Estos datos iniciales son muy interesantes porque aún suponiendo que haya que depurarla de los casos que carezcan del comprobatorio estudio anatomo-patológico, quizás el trabajo del Dr. Rementeria se haga sentir como una invitación a tales cirujanos mexicanos académicos para que hagan un trabajo de conjunto, cuya publicación sería edificante y espectacular.

- • -

Siguiendo el orden del trabajo del Dr. Rementeria, haremos ahora breves glosas analíticas:

La sintomatología preoperatoria funcional del enfermo consistía en cefalea, precordialgia y palpitaciones (fuera de las molestias mecánicas a la respiración y deglución, es decir síntomas distantes de probable explicación neuro-vascular).

Cuando el cirujano comienza la disección a nivel de la horquilla, el paciente empieza a sentir sensación dolorosa precordial muy intensa, seguida de agitación y bradicardia. La entendemos como irritación sensitiva simpática que no ha bastado a calmar o a adormecer la anestesia local.

"La anestesia regional fué perfecta y satisfactoria." Y nos parece que la elección de esa anestesia fué también perfecta; este padecimiento y muchos otros tumorales del cuello provocan tan marcada hipersensibilidad que harían muy peligrosa cualquiera maniobra operatoria; la anestesia local, la novocaina, alejan serios peligros por lo que su indicación y uso es formal aún cuando se añada anestesia general, que no tiene acción directa sobre las celdillas simpáticas del cuello.

"Se cree (que el glomus) parece comportarse como una glándula endocrina.... que guarda estrechas relaciones con las paratiroides y suprarrenales" Parecido anatómico y parecido funcional, nerviosa simpática y endocrina o endoneurócrina que contribuye a regir el tono de las arterias carotídeas y el gasto circulatorio cerebral, fin terapéutico que ha animado a varios cirujanos a hacer su extirpación (Dario Fernández, Francisco Fonseca y otros) y a nosotros, que hemos pensado en su irritación hiperfuncional a hacerle infiltraciones neurosedantes (novocaina, INa. Vitamina B<sub>1</sub>).

"En efecto, los estímulos inhibidores cardíacos, producidos por me-

DR. JOSÉ M. REMENTERÍA

canismos reflejos, podrían tal vez haber llevado al enfermo a un síncope cardíaco posiblemente mortal, si no hubiera puesto en juego precauciones especiales." Del peligro y de la eficacia de las precauciones estamos de acuerdo. No en que sea un mecanismo reflejo, como clásicamente se admite; el mecanismo es simpático y éste no actúa por reflejos como el sistema nervioso de relación; ya que posee numerosas neuronas, las más sensibles en el cuerpo y más en el cuello y glomus carotídeo; en cambio, se irritan con la agresión operatoria no preparada con anestesia novocaina, manifestándose la irritación a distancia, hemos dicho como si fuera un sér dentro de otro ser, afirmación nacida de la observación clínica y que la anatomía explica por el número riqueza y conexiones de las células simpáticas que algunas alcanzan dimensiones como de 50 cms. por sus terminaciones (Serge Mikhailoff, Press Méd. 58,38. 703,14 jun 1950).

"En los casos de accidente de este tipo, todas las drogas son inútiles". De acuerdo en que lo sensato y científico es evitarlo pero no somos tan pesimistas en su terapéutica: infiltraciones extensas y sobre todo mediastínicas, mientras se hace vida artificial (respiración, oxigenación, masaje cardíaco) pueden ser y han sido varias veces eficaces en el tratamiento de sínopes hipersimpáticotónicos.

"Las infiltraciones anestésicas... en la tetanía aguda parecen haber dado también buenos resultados" El mecanismo sería del de recuperación visceral de nosotros, llamado también y después por Leriche, de revitalización paratiroides y que explicamos por doble mecanismo antiirritativo o simpaticoterápico y mejor circulación glandular consecutiva.

La eficacia de la infiltración en el tratamiento del choque y del colapso peritoneal parece demostrada por varias observaciones, cuando son por irritación simpática y mejor cuando no se limita a la glándula carotídea, sino que se extiende principalmente a los ganglios cervicales simpáticos.

Como un comentario oficial debe tener ciertos límites de extensión que la discreción exige, deseo terminar aceptando todas y cada una de las conclusiones a que llega el autor, aunque por nuestros trabajos personales y simpatía subscríbimos y subrayamos en particular la 8a. de conclusiones operatorias y que dice: "La autonomía de una región es relativa y siempre está condicionada por el gran simpático y sistema endocrino."

## Várices y Ulceras Varicosas

Por el Académico MANUEL CASTANEDA URIBE.

El enunciado del título de éste trabajo, implica dos ideas: la de un tema de amplitud grande para su desarrollo y la de un problema que ofrece a su vez dos aspectos: el médico-quirúrgico y el social.

La primera es bien clara; pues abarca la extensión de toda una patología del sistema venoso, capítulo que no corresponde tratar en ésta H. Academia.

La segunda, o sea aquella de los problemas médico-quirúrgico y social, implica lo que si creo que pueda ser tratado y desarrollado y es el capítulo de tratamiento, porque ha motivado innumerables intentos médicos y quirúrgicos que aún están para su resolución en estudio. Es por eso que me permito poner a la consideración de ustedes lo que en el trabajo diario, en el Servicio del Pabellón 16 del Hospital General cuyo Jefe es el Dr. Mariano Vazquez, hemos logrado aplicando recursos y medidas ajenas y propias.

Para su mejor desarrollo me ocuparé primero de las várices y después de las úlceras varicosas, haciendo luego las necesarias apreciaciones del orden social.

Las diferentes formas en que las várices se manifiestan, pueden resumirse del siguiente modo:

1o.—Várices que afectan al total del sistema venoso de una región

---

\* Trabajo de Ingreso a la H. Academia de Cirugía. Leido en la Sesión del 27 de febrero de 1951.

DR. MANUEL CASTAÑEDA URIBE

del cuerpo y se muestran como flexuosidades extensas asociadas con enfermedad venosa severa e insuficiencia valvular de la safena interna.

2o.—Várices intracutáneas de color azul que tienen una pared muy delgada y están cubiertas por piel muy fina, desarrollándose sobre todo en la cara posterior del muslo en la mujer gorda, que tienden a hacerse más evidentes en la época de menopausia.

3o.—Várices saculares que son dilataciones grandes y se localizan en el tronco de las principales venas.

4o.—Várices en madeja, o en cabellera, intracutáneas, más bien rojas que tienen aunque no se vea, una vena de calibre mayor que las alimenta.

5o.—La safeno-várice, dilatación que se hace en el cayado de la safena (a su entrada en la femoral).

6o.—Venas atléticas que se confunden frecuentemente con várices comunes y son dilataciones en la safena interna que alternan con porciones sanas que hacen saliente de calibre mayor que la habitual, en individuos con panículo adiposo casi nulo.

7o.—Venas rodantes, se presentan en las regiones maleolares como troncos únicos de pequeña longitud, muy móviles y dilatados.

La Várice en general debe ser considerada como un proceso venoso degenerativo de marcha progresiva, lo que explica que no haya un método o combinación de métodos con los cuales sea posible obtener la erradicación permanente; sin embargo, todos los casos de venas varicosas del miembro inferior pueden ser beneficiados por algún tratamiento.

Este lo dividimos en: 1o.—conservador, 2o. esclerosante y 3o. quirúrgico. No obstante debe tenerse entendido que algunos casos no podrán ser beneficiados por uno sólo de ellos sino necesitar su combinación y aún así después de practicarlos, no es posible restaurar la fisiología normal del sistema venoso.

Tratamiento Conservador.—Consiste en reposo relativo o completo con elevación de extremidades en combinación con medidas de soporte a base de vendajes de material ya sea elástico o rígido. Sus indicaciones se basan en el hecho de no poder aplicar los restantes métodos. No hay contraindicaciones.

Tratamiento Esclerosante.—Tiene por finalidad impedir la circula-

## VÁRICES Y ULCERAS VARICOSAS

ción en un trayecto venoso por oclusión de su luz, mediante la trombosis producida por lesión química de la íntima.

Las substancias que generalmente usamos son:

- 1o.—*El monolato*, llamado así por estar compuesto de oleato de monoetanolamina; se usa de medio a dos c. c.
- 2o. *Morrhuato de sodio*, se usa de medio a dos c. c.
- 3o. *Clorhidrato doble de quinina y urea*, hasta cinco c. c.  
(usado sobre todo en várices hemorroidarias).

Existen además de Lithocaina compuesta de salicilato de Lithium con tutocaína al 1% y el fenol en glicerina. No los usamos.

Las indicaciones para el tratamiento esclerosante solamente creo quedan englobadas en:

- a). Várices sin asociación de insuficiencia valvular.
- b). Venas varicosas primarias intracutáneas.
- c). Vena alimentadora de úlceras varicosas.
- d). Várices recurrenciales después de resección.

Técnica.—En la técnica de la inyección esclerosante se usan dos procedimientos: con vena llena o con vena vacía; en el primer caso el enfermo de pié y previa ligadura por torniquete en un sitio superior a la inyección según la longitud que se desee esclerosar, se deposita la substancia para que se mezcle con la sangre y se espera un tiempo de 1 a 5 minutos, según el individuo, el tipo de várice y el esclerosante, a que efectúe su acción sobre la íntima y produzca la trombosis consecutiva. Da molestia al enfermo desde dolor en el trayecto venoso de poca intensidad, soportable, hasta fenómenos fracos de reacción inflamatoria venosa que obligue al reposo en cama durante 2 o 3 días.

En el segundo caso con vena vacía, es necesario hacer maniobras locales en el sitio de la inyección para vaciar la sangre de la vena en una extensión de 6 a 8 cms., inyectando después con lo que se obtiene de inmediato el contacto del agente esclerosante con la íntima y su efecto a los 60 segundos.

El enfermo debe estar acostado durante la inyección para evitar el llenado brusco y la distención de las venas, poniéndolo de pié y a caminar inmediatamente después.

El tratar venas varicosas con éste procedimiento esclerosante da un resultado que cuando se compara con el obtenido con otros medios, es de

DR. MANUEL CASTAÑEDA URIBE

eficacia para los casos cuya indicación ha sido bien hecha y en los que se han repetido las inyecciones 3 ó 4 veces.

Las complicaciones que pueden presentarse con el uso de éstas inyecciones se deben a descuido en la técnica de su aplicación; como por ejemplo escaras de la piel por depósito extravenoso subcutáneo de la substancia esclerosante o bien trombosis de mayor cuantía o embolias pulmonares, por maniobras no indicadas.

Se necesitan observar ciertas normas para disminuir tales complicaciones y así es de recomendarse, 1o.—procurar que la inyección sea *precisamente intravenosa*, 2o.—no acostar al enfermo después de la inyección porque se favorece una mayor trombosis, 3o.—observar una *escrupulosa asepsia* y 4o.—no dar masaje en el trayecto venoso después de la inyección.

Tratamiento Quirúrgico.—El tratamiento quirúrgico de las varíces está dirigido, a modificar el volumen circulante de la columna sanguínea intravenosa haciéndolo nulo, mediante la ligadura, sección y resección de la vena insuficiente de su sistema valvular.

Las contraindicaciones para éste tratamiento pueden resumirse como sigue:

a). Edad avanzada.—Se prefiere adoptar medidas conservadoras tomando en consideración la longevidad. Sin embargo puede en ocasiones proporcionarse un bienestar digno de tomarse en cuenta para los últimos años mediante el tratamiento quirúrgico.

b). Embarazo.—Las varíces del embarazo hay que recordar son manifestaciones mecánicas del mismo y para su tratamiento se recomiendan medidas conservadoras, porque después del parto su evolución es regresiva. Salvo en los casos ya complicados con secuelas propias de las varíces se puede usar el tratamiento quirúrgico en los primeros meses.

c). Enfermedades con repercusión al estado general.—Como son insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, hipertiroidismo, tuberculosis activa, esclerosis arterial y enfermedad de Buerger, etc. etc. en las que el problema varicoso pasa a ser de segundo orden, el tratamiento se hace con medidas conservadoras.

d). Trombosis de las venas profundas.—En los casos en que ha habido flebotrombosis y cuya consecuencia ha sido la obstrucción venosa profunda parcial, produciéndose la adaptación de la circulación superfi-

## VÁRICES Y ULCERAS VARICOSAS

cial para equilibrar la función venosa circulatoria, el tratamiento debe ser de tipo conservador con vendajes o media elástica.

e). Causas mecánicas.—La obstrucción venosa pélvica producida por tumores intrapélvicos, origina várices que deberán tratarse también con medidas conservadoras.

f). Los enfermos que deban guardar reposo en cama, por algún proceso patológico y que necesiten ser tratados de várices, serán sujetos a tratamiento conservador pues ya dijimos que tal reposo favorece la trombosis venosa.

Para indicar el tratamiento quirúrgico debemos tomar en cuenta el estado de evolución de las várices y sus complicaciones y secuelas, pero siempre debemos indicar su necesidad como profilaxis de esas mismas secuelas.

El tratamiento consiste en la resección alta de la safena interna al nivel de su cayado con ligadura de sus tributarias en ese sitio, como intervención principal; en ocasiones y como intervención secundaria se busca la obstrucción de las comunicantes de la circulación superficial con la profunda.

Esta conducta a seguir en el plan quirúrgico expuesto, está dictada desde 1916 por Homans y en verdad es digno de causar admiración como hasta 30 años después se pone en práctica como método indiscutible para un buen resultado, dejando a un lado intervenciones como las ligaduras escalonadas y resecciones venosas parciales del tramo varicoso, que estuvieron verificándose en años anteriores.

El describir en detalle la técnica de una safenectomía o resección alta de vena safena interna, creo no sea prudente pues es de sobra conocida; sin embargo es necesario hacer hincapié en un tiempo operatorio que merece la mayor atención, pues nada menos es el éxito de la intervención y evita recurrencias en la casi totalidad de los casos, me refiero a la ligadura y sección de todas las tributarias que existan en la unión safeno-femoral; aunque anatómicamente se describen cinco grupos, su situación es tan variable que en la práctica no puede identificarse la que llamariamos habitual, en cada individuo es diferente, no obstante puedo presentar a ustedes según diagramas copiados de los que describe Daseler de sus investigaciones en cadáveres y sujetos operados, lo casos más frecuentes. (Figura 2).

DR. MANUEL CASTAÑEDA URIBE

La necesidad de practicar ligaduras y secciones de dichas tributarias, se debe a la existencia de comunicaciones entre ellas y la safena interna en un nivel inferior y a la persistencia del aumento del volumen sanguíneo ya sea a través de ellas mismas o de las comunicantes.

A veces se asocia ya sea la inyección esclerosante por el cabo distal de la sección para la porción inferior de la safena o bien la extirpación de esa misma porción mediante instrumental especial.

El resultado en general de la aplicación de esta terapéutica quirúrgica para el tratamiento de las várices, lo podemos calificar de bueno, porque llevado a cabo minuciosamente y con indicaciones precisas se obtiene la curación en casi la totalidad de los casos.

Por desgracia la falta de aplicación de medidas terapéuticas sobre las várices de los miembros inferiores, da origen a secuelas y complicaciones que constituyen cuadros patológicos especiales según su evolución. La secuela obligada es como sigue: edema de carácter inicial en los maleolos o de estado generalizado a la pierna; pigmentación de la piel en el tercio inferior de las piernas, parcial o general; eczema de manifestación benigna o grave infectado ya sea escamoso o vesicular. La complicación es la úlcera provocada por un traumatismo que causa pérdida de substancia de piel en la que existen los fenómenos de la secuela dicha. A propósito de esto, existe la posibilidad de discusión en si debe haber un traumatismo para que se forme una úlcera o no. Mi parecer es que hi hay un traumatismo previo a la formación de una úlcera aunque sea difícil demostrarlo por el mismo enfermo. Esta úlcera sigue un curso en su evolución hacia la curación en un principio o hacia las persistencias después es naturalmente de tamaño variable y se presenta siempre en el tercio inferior de la pierna en una zona que abarca toda su circunferencia; ésta localización nos sirve para hacer diagnóstico diferencial.

Las úlceras a que nos referimos se presentan cuando existen en el sistema venoso condiciones de insuficiencia circulatoria crónica ya sea superficial o profunda, siendo en la primera por várices y en la segunda por trombosis dando lugar a la úlcera varicosa y a la úlcera trombótica. La expresión de úlcera de gravitación usada por algunos, añade la idea del factor gravedad, tan de tomarse en cuenta en la etiología.

En mi propósito de indicar el tratamiento de dichas secuelas y com-

## VÁRICES Y ULCERAS VARICOSAS

plicaciones de las várices, considero en un sólo grupo de úlceras varicosas también a las post-flebiticas o trombóticas.

Ha habido a través del tiempo como tratamiento para las úlceras diferentes métodos que hemos empleado, formando parte de ellos siempre, el reposo completo en cama que en muchas ocasiones resulta ser la indicación número uno pues a veces es suficiente por si sola para obtener la curación.

Añadido al reposo, están elementos que se usan para aplicación local sobre la pérdida de substancia y los procedimientos mecánicos y médico-quirúrgicos que acarrean modificaciones en la circulación tanto arterial como venosa.

En aplicación local usamos desde las antiguas pomadas a base de icitol y óxido de zinc y la sangre desecada, hasta los actuales antibióticos con lo que se busca la antisepsia de la superficie cruenta; una vez conseguida usamos la tela adhesiva aplicada directamente para mantener la úlcera en una cámara cerrada con lo cual se obtiene proliferación celular sobre todo de los bordes, por la maceración resultante o bien la gasa vaselinada que actúa como protectora para el tejido de granulación sin acción directa alguna; suspendimos totalmente el uso de los amplios lavados a base de cianuro en solución, agua oxigenada, agua hervida simple y los tópicos como yodo, nitrato de plata, etc. para llegar en la actualidad a preconizar el uso de los siguientes elementos: penicilina, estreptomicina, sulfatiazol quirúrgico, neofamid, tela adhesiva, gasa vaselinada. Como procedimientos para su aplicación tenemos la cámara cerrada o a cielo abierto en donde por la acción del aire sin cubrir la úlcera, se espera a la formación de una gran costra que a la larga sirve a su vez de cámara cerrada que permite la proliferación celular antes citada. (Este último procedimiento puesto en uso por el Dr. Vasconcelos interno del Servicio).

Como procedimientos mecánicos usamos los vendajes elásticos para contención del sistema venoso y la posición en alto de los miembros.

Se usa también la pasta de Unna sobre todo en los casos de úlceras muy dolorosas, produciendo cámara cerrada en forma de bota. No la hemos usado.

En lo referente a procedimientos médico-quirúrgicos y en vista de la relación tan estrecha entre el sistema arterio-venoso, el sistema neurovegetativo y las úlceras varicosas, tomamos como base para su aplicación la

DR. MANUEL CASTAÑEDA URIBE

atención a dichos sistemas en la forma de suspensión de volumen de columna sanguínea ya sea en la safena interna o bien en la vena femoral, mediante safenectomía o ligadura de vena femoral y suspensión del influjo nervioso neurovegetativo simpático pervertido. Vamos a explicar ésta idea última que a nuestro juicio es la base del tratamiento de las úlceras analizando brevemente su fisiopatología y patogenia.

El comienzo de una varice se hace por trastorno primitivo en la circulación de los vasa-vasorum de la pared de la vena que ocasiona su mala nutrición, originando un cambio degenerativo en la constitución histológica de sus capas, con pérdida de células elásticas y musculares por transformación en tejido fibroso que facilita la dilatación. En el seno de éstas capas constitutivas de la pared venosa terminan fibras del sistema nervioso neurovegetativo, que también sufren alteraciones funcionales primero, que se hacen orgánicas después y que progresan en todo el trayecto de sus ramas y troncos en sentido retrógrado sobre todo en el neurovegetativo simpático, constituyendo una barrera para el influjo nervioso normal transformándolo en influjo pervertido.

Entonces comienzan en la clínica las manifestaciones de orden trófico pues como tales deben considerarse las escuelas poco antes anotadas que dan el cuadro ya descrito.

Es así pues, como al tratar de evitar las consecuencias del influjo pervertido se debe actuar directamente sobre el simpático para dejar a los tejidos del miembro inferior sin su disciplina pervertida, quedando entonces a expensas de su antagonista el vago y de los influjos simpáticos que quedan todavía por las ramas de los troncos arteriales; hay que recordar que las arterias desde éste punto de vista son funcionalmente hablando nervios simpáticos.

Ya así explicado el fundamento de la intervención sobre el simpático y comprendida la actuación sobre la safena, nos queda sólo por mencionar técnicamente como ganglionectomía lumbar y safenectomía a los medios quirúrgicos de que disponemos en la actualidad para el tratamiento *no local* de las úlceras varicosas.

Con el adelanto de la cirugía reparadora tenemos a nuestra disposición un procedimiento que sirve para el tratamiento quirúrgico *local* de dichas úlceras y es el de obtener injertos cutáneos por los métodos de Tier-

### VÁRICES Y ULCERAS VARICOSAS

sch. de Corachán o completos como el dermatomo de Padgett para cubrir las pérdidas de substancia.

Los tres procedimientos son usados en nuestro servicio teniendo preferencia por el injerto total con el dermatomo de Padgett, habiendo practicado hasta en extensión de 13 cms. de largo por 8 de ancho con éxito; en general para las úlceras de gran extensión así lo hacemos; para las de pequeña extensión usamos el injerto de Tiersch o de Corachán. Como es sabido su diferencia estriba en usar el fragmento de piel poniendo en contacto su superficie sub-dérmica en el primero y la superficie lateral del corte que comprende todos los planos de la piel es decir, "de canto", en el segundo, esperando la proliferación celular dérmica de cada uno de los núcleos usados, en ambos.

Siempre que practicamos estos injertos tenemos la precaución al hacer el vendaje de soporte, usar para una mejor compresión estopa esterilizada y venda elástica, dejando pasar 7 días para practicar la primera curación. Es común observar en los injertos completos en ésta primera curación, el esfacelo de la capa superficial epidérmica que deja al descubierto la dermis la que posteriormente se epidermisa.

Aparentemente con el éxito de los injertos cutáneos y las intervenciones quirúrgicas usadas, queda resuelto el problema de las úlceras varicosas; pero por desgracia no es raro ver con frecuencia que en individuos con taras sifiliticas sobre todo y por falta de reposo y de un régimen de vida higiénico se reproduzca la úlcera y cosa curiosa en el mismo fragmento cutáneo injertado que aparentemente había quedado en perfectas condiciones. Esto nos ha enseñado que existen como causas coadyuvantes las condiciones de higiene y reposo sobre todo en las que el individuo vive, pues en la clase indigente por regla general en donde existen estas manifestaciones patológicas.

Creo como se deja ver lo expresado a ustedes, que el problema del tratamiento de las úlceras varicosas es algo sin resolver todavía, estamos en camino para poder hacerlo si nos dedicamos a estudiar a estos enfermos y a tratar de mejorar sus condiciones, y digo si nos dedicamos, porque la regla es que el médico al menos en nuestros hospitales, rehuya el tratar ésta clase de enfermos en virtud precisamente de la calidad del individuo y de la enfermedad; todos hemos visto que estos enfermos van de un Servicio a otro buscando cabida para el alivio de su sufrimiento que en

DR. MANUEL CASTAÑEDA URIBE

verdad lo es y ser rechazados con el pretexto de no haber cama. Por esto es que quisiera tratar de modo breve lo que desde el punto de vista social y asistencial puede hacerse para el alivio y curación de éste grupo de enfermos pero no puedo hacerlo por no tener el conocimiento de los medios con que se pueda contar.

La importancia de un paso dado en favor de estos enfermos no se oculta a nadie, pues en estadísticas que no me fue posible conseguir para presentarlas a ustedes se ven que hay un porcentaje de consideración de estos enfermos en tratamiento, pues la incidencia en cuatro de los hospitales de México hace cuatro años fué de casi el doble de la de los enfermos cardíacos. Así mismo en los centros médicos de internamiento del J. M. S. S. también hace cuatro años fue digno de notarse la incidencia casi nula de enfermos con úlceras varicosas.

Nuestras posibilidades dada la condición de médicos se concretarán a darles cabida en nuestros Servicios y prestarles la atención médica que podamos; corresponde a las personas que puedan hacerlo por su autoridad o capacidad, dictar las medidas necesarias para de ser posible, reunir en uno o varios lugares de atención médico-asistencial haciendo la propaganda adecuada, a todo aquel enfermo que necesite y solicite dicha atención de sus várices y úlceras varicosas.

COMENTARIO

El señor académico Doctor *Miguel López Eznárriz* dijo que el trabajo es interesante, y que como en el mismo hay algunos puntos básicos de discrepancia, quería hacer una síntesis breve del concepto que debe tenerse de las várices y úlceras varicosas, exponiendo que las venas tienen la capa media rica en fibras musculares lisas, lo que da idea de que no son tubos rígidos sino que tienen un mecanismo e inervación simpática, y que se deduce que las várices tienen como causa original la disminución de tono de capa muscular, agregando que esto es interesante porque nos da noción de que es posible el tratamiento de las várices actuando sobre el que las rige, el simpático, para mejorar el tono tanto en las fases iniciales, cuanto avanzadas del padecimiento recordando los métodos esplacnoterápicos y simpaticoterápicos de los que es autor. El señor académico Dr. *Fernando Valdés Villarreal*, a su vez, manifestó que es interesante el trabajo

### VÁRICES Y ULCERAS VARICOSAS

que presentó el Doctor Castañeda, dada la amplia experiencia adquirida, del tema, al lado de su maestro el Doctor Vázquez. Con respecto a la etiología, señala las diversas variedades del ángulo de desembocadura de la safena en la femoral. Que en lo que se refiere al tratamiento de las várices en su trabajo, el Doctor Castañeda menciona el empleo de los procedimientos más en voga, señalando entre otros, el higiénico, en donde predomina el empleo de las vendas elásticas, tratamiento con el que no está de acuerdo el referido Doctor Valdés Villarreal, en virtud de que las vendas hacen presión y así aumenta los trastornos. Indicó que Ochsner en una última publicación se pronuncia en contra del empleo de las vendas elásticas. Considera por otra parte, que las inyecciones esclerosantes son un procedimiento peligroso, y cree que es menos peligroso ligar la safena que provocar una trombosis. Nunca ha usado este procedimiento en su vida profesional y que nunca lo empleará, y cree que todos debemos preferir los tratamientos quirúrgicos, que son inocuos. Los casos de contra-indicación señalados por el Doctor Castañeda, a él le parecen los indicados. Así, en un sujeto delgado y en un cardíaco, con mayor razón usa el tratamiento quirúrgico. El tratamiento sobre el simpático, mencionado por el Doctor López Esnaurizar es muy interesante, sólo que le parece que en el caso concreto de las várices es todavía en estudio en cambio, como tratamiento de las úlceras varicosas se obtienen efectos evidentes. El empleo de la percaína intravenosa, a que se refiere el Doctor Vázquez indicando que ha tenido pocos resultados, él ha observado resultados satisfactorios, y cree que valdría la pena insistir un poco, con nuevas dosis, con nuevas drogas, que mejoran las condiciones de estos enfermos. Terminó felicitando al Doctor Castañeda en virtud de haber revelado sus conocimientos sobre tema tan particular. El Doctor Longoria opina que el trabajo del Doctor Castañeda es muy interesante, que todos hemos vivido los problemas que acarrea el tratamiento de estos enfermos, tratamiento que tuvo esperanza con el principio de las intervenciones quirúrgicas, como simpatectomias, ligaduras, etc., los americanos insisten mucho en la distinción de safena interna y externa en el tratamiento de las várices, sobre todo para hacer las ligaduras, según los casos; que él ha usado con buen éxito. Ha usado también las inyecciones esclerosantes con buen éxito, sin tener que lamentar complicaciones, con la ventaja de ser éste un tratamiento ambulante. El señor

DR. MANUEL CASTAÑEDA URIBE

académico *Doctor Zenteno*, manifestó que el trabajo es interesante tanto por su importancia, cuanto por la calidad del ponente y del comentarista. El tema es atractivo y que veía en la úlcera varicosa la culminación de un padecimiento largo, y que a pesar de no haber tenido la suerte de escuchar la lectura del trabajo del Doctor Castañeda, se tomaba el atrevimiento de hacer algunas consideraciones sobre el mismo. Veía que ni el ponente, ni el comentarista, habían abordado el tema desde otros puntos de vista. El cree que el concepto fisiopatológico debe privar en este caso a fin de seleccionar los tratamientos quirúrgicos que se proponen, como la ligadura de la safena y el esclerosante, asimismo es importante lo dicho por el Doctor Longoria acerca del estudio correcto del sistema venoso. Que ahora que se trata de hacer medicina social, creía que con el establecimiento del Seguro Social hay más posibilidad de que se haga un tratamiento profiláctico, que una curación de las úlceras. Concluyó felicitando al Doctor Castañeda por haber presentado un trabajo de importancia. El *Doctor Vázquez* volvió a solicitar la palabra por estimar que los comentarios del Doctor Valdés Villarreal habían dejado una fea impresión de los dos procedimientos que son usados en el tratamiento de las várices. Los procedimientos son relativos, indicó, y que como dice el Doctor Castañeda con toda claridad en su trabajo, nunca se podrán reintegrar fundamentalmente normales los vasos dilatados patológicamente. Que desde luego, él le preguntaría al Doctor Valdés Villarreal si en su práctica no ha tenido oportunidad de ver a enfermos que no han podido dejar el vendaje. El vendaje es útil, afirmó, y que no se va a modificar el resultado que en la práctica es bueno. Que con respecto al tratamiento esclerosante, cree que el Doctor Valdés tiene ese mal concepto de él porque no lo ha usado. Hemos visto con claridad meridiana el caso presentado por el Doctor Castañeda. El hecho de que se pudieran producir complicaciones, como la embolia pulmonar, son accidentes posibles de evitar, con tal de llenar los requisitos con los cuales se debe hacer la inyección. La acción esclerosante es un recurso de gran utilidad, si se emplea con los reglamentos de la técnica, no hay trastornos.—El señor Académico *Doctor Alcántara Herrera*, manifestó que antes de entrar en consideraciones quería felicitar al Doctor Castañeda por habernos traído un trabajo, como ya lo han hecho observar los señores académicos, que tiene verdadero interés. Que el trabajo le parece por sí mismo oportuno y

### VÁRICES Y ULCERAS VARICOSAS

útil; y que sólo quería hacer la observación de que cuando oyó al Doctor Valdés Villarreal decir que el vendaje es contraproducente, sintió una alarma, y que recordó una frase de Cicerón de que algún gran disparate en la historia de la filosofía habrá sido pronunciado siempre por un gran hombre. Que el caso de Ochner, aun cuando es muy eminente, hay que estar uno en guardia, para no entusiasmarse demasiado. Zárraga dijo una cantidad muy grande de disparates, refiriéndose a las raspas uterinas; y que asimismo, no le cayó lo de la raquianestesia, que es una de las grandes conquistas. En su pequeña experiencia de veinticinco años, estaba asombrado de que el procedimiento más efectivo es la media elástica y que cuántas úlceras se han evitado con la media elástica! Que con el uso de ella, los enfermos dicen que no sienten que el pie se les enfrie, ni calambres y que el vendaje elástico sigue siendo uno de los tratamientos mejores. El señor académico *Doctor Rojas Avendaño* opinó que enfermos con una disminución de su tono muscular son los que tienen várices; la viscosidad sanguínea no se ha tomado en cuenta, no ha oido mencionar el tratamiento basado en la exploración de Trendelenburg, las ligaduras escalonadas; y que el uso de la bota de Unna es de enorme valor. El académico *Doctor José García Noriega*, dijo que en su Servicio del Hospital General, sólo trata las úlceras varicosas con injertos de Tiertsch, cubriendo los bordes con Gel-Foam y poniendo encima del apósito una venda enyesada, que se quita a las cuatro semanas. El señor Presidente *Doctor Luis Carrillo Azcárate*, dijo que a petición de algunos señores académicos, suplicaba que los comentarios no se prolongaran demasiado, y agregó que en todos los trabajos hay un fondo general y una forma de estructuración. Que el trabajo del Doctor Castañeda es excelente en su intención, pero que no tiene estructura académica, es decir, que no presenta estadísticas ni conclusiones. Que el título de "VARICES y ULCERAS VARICOSAS" debería ser cambiado por el de "TRATAMIENTO DE LAS VARICES Y ULCERAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES". Cree ser su obligación, como Presidente, señalar lo anterior, ya que a eso se concreta en su relato, a pesar de su personal amistad con el sustentante, y hacer estas consideraciones por el interés de orientar al ponente para que sus nuevos trabajos dejen mayor provecho, de acuerdo con las normas establecidas en esta Academia. El académico *Doctor Castañeda Uribe*, tomó

DR. MANUEL CASTAÑEDA URIBE

la palabra para agradecer los comentarios de los señores académicos. Al comentarista oficial dió las gracias por su opinión al comentar el trabajo, ya que esos conocimientos los ha obtenido en el Servicio de que es Jefe el Doctor Vázquez. Al Doctor López Esnaurizar le dice que está de acuerdo con él, el tono del simpático tiene mucho que ver en la formación de las várices y de las úlceras varicosas, y que las inyecciones de novocaina las han usado aún directamente en el muslo pero muy pocas veces porque en el servicio del hospital no hay personal especializado. Que por lo que se refiere al Doctor Valdés Villarreal, le extraña muchísimo su opinión, y que le agradecería le enseñara la revista en que leyó la opinión de Ochner. Que se encuentra en el conflicto de que Ochner haya sido capaz de decir dos cosas distintas. Que no está de acuerdo con el Dr. Valdés Villarreal, con respecto al tratamiento esclerosante y que se solidariza con los académicos que hablaron en contra de la opinión del mencionado académico. Que por lo que se refiere a los tratamientos, con el Doctor Villarreal, está de acuerdo en la eficacia del método simpático, así como con el uso de la procaina intravenosa en las úlceras varicosas. Al señor Doctor Longoria le dice que hace el tratamiento quirúrgico de estos enfermos en las mismas condiciones que indica. En lo que se refiere a la safenectomía, haciendo la ligadura de todas las ramas aferentes, se obtiene la casi total curación de las várices. Cree que lo principal es la circulación venosa y la estasis sanguínea produce la deficiencia y trae repercución que añade el proceso profundo. Está de acuerdo con el Doctor Zenteno en que es una enfermedad familiar. Acepta desde luego que es indispensable el estudio de la circulación profunda. Está de acuerdo con el Doctor Alcántara Herrera y que le agradece su comentario, por lo que se refiere al vendaje elástico, ya que opina en contrario a lo dicho por el Doctor Valdés Villarreal, quien lo acepta sólo porque sea el Doctor Ochner quien lo preconiza. Al señor académico Doctor Rojas Avendaño expresa que no ha usado la bota de Unna, pero que le parece que está indicada para tratar las úlceras sumamente dolorosas. Que la bota de Unna la dejan de uno a dos meses, y que al quitarla se encuentra la úlcera cicatrizada, y que toma nota de lo dicho por el mismo señor Doctor Rojas Avendaño. Que en cuanto al Doctor García Noriega, cree que al

### VÁRICES Y ULCERAS VARICOSAS

poner la venda enyesada, según su procedimiento, se hace efecto semejante al de la bota de Unna. Que con respecto a lo dicho por el Doctor Carrillo, manifiesta su sorpresa por la opinión que le merece su trabajo, en el cual laboró con todo empeño para presentarlo a la Academia, y que si éste no merece su aprobación está dispuesto a retirarse de la misma. Que los datos estadísticos no los presenta, porque los hospitales de México no los llevan, y no sabe de nadie que lleve estadísticas de úlceras varicosas. El señor Presidente, Doctor Luis Carrillo Azcárate, vuelve a hacer uso de la palabra para aclarar al Doctor Castañeda que sólo se refirió a la forma de presentación del trabajo. La sesión se dió por terminda a las veintidós horas, cuarenta y cinco minutos.

Son nuestros colegas de América Latina los que van a hacer la síntesis entre las dos formaciones médicas americana y europea ya que ambas son necesarias y ninguna puede ser suficiente. Es interesante descubrir en México y en Bogotá, los primeros esbozos.

Jacques Miallaret. Press. Med. 59:16, 319, 10 marzo 1951.

Sin añadir una sola razón más, quedaría como indiscutible que la educación del médico general debe familiarizarlo con la piel enferma, así como la preparación de un buen soldado incluye la enseñanza del idioma y costumbres del enemigo que le tocará combatir. Sin embargo, la idea de "especialidad" médica ha hecho mucho daño, pues se ha supuesto sin motivo alguno, que por el hecho de que algunos médicos profundicen en los detalles y dificultades de una rama de la clínica, los demás pueden ignorarla en absoluto.

Fernando Latapi. Pren. Med. Mex. Oct.-Nov. 1950.

## EDITORIAL

### **CIRUGIA Y MEDICINA PSICOSOMATICA**

**Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrízar.**

Con beneplácito de todos los profesantes de la Medicina se ha adoptado el fecundo concepto actual de la Medicina y la Cirugía psicosomática porque se ocupa del enfermo en un conjunto integral de espíritu y cuerpo.

Ahora ya casi nadie discute la importancia de este concepto en el que es justo declarar y demostrar que la Clínica Mexicana se había anticipado desde muchos años antes, al grado que la creación del término psicosomático no hizo más que cristalizar lo que estaba en el ambiente de la Cátedra y al mismo tiempo que inspirar a los grandes psicólogos y psiquiatras para adelantar y profundizar en estos estudios.

En efecto, desde hace años, especialmente desde 1936 en el que nos encargamos de la Cátedra de Clínica Propedéutica Quirúrgica, llamamos la atención de los alumnos en lo injusto de menospreciar el factor de la emoción desagradable, que en la mayoría de las veces referían los enfermos como causas iniciales de muchos de sus padecimientos; entonces ya disponíamos de las experiencias y estudios de Cannon quien demostró las descargas de adrenalina que sucedían a las emociones, con las consecuencias de desequilibrio funcional transitorio para capacitar al organismo a su mejor defensa; por otra parte, era clínicamente lógico que la sensación de sequedad de la boca y malestar a veces doloroso de la región solar junto con la astenia muscular y del temblor, explicara que la función digestiva, especialmente secretora, podría sufrir inhibición, dando lugar a trastornos digestivos que los enfermos acusan con frecuencia y con mayor intensidad si se hacía in-

EDITORIAL

gestión de alimentos de digestión gastro-duodenal laboriosa (aguacate, huevo, etc.)

En 1939 ante la expectación y a veces crítica de muchos médicos, en nuestro tratado de "Clínica Propedéutica Quirúrgica" hicimos un capítulo que titulamos "Breve apunte sobre psicología de los enfermos y de los médicos", destinado íntegramente a dar énfasis al estudio psíquico de los enfermos. En los años siguientes adelantando más sobre estos temas, profundizamos el estudio de la expresión del rostro de los enfermos como método frecuentemente superior al interrogatorio, para descubrir el psiquismo de los enfermos, culminando ésta etapa con la publicación muy ilustrada de éste tema en nuestro libro "Tratado de Clínica Quirúrgica" que apareció en 1948.

... Hemos aplaudido como los que más, el advenimiento posterior de los estudios psicosomáticos, los que a su vez nos han inspirado trabajos y métodos cuya importancia es clara: uno el método interpisco-fisiológico que dimos a conocer la primera vez a propósito del tratamiento de las úlceras del estómago ("La medicina psicofisiológica y el tratamiento de las úlceras gastro-duodenales", Acta Médica Hidalguense y Cir. y Cir. XVIII: 12, 619, Dic. 199) y la evidencia que hemos tenido del valor del factor emotivo en la etiología de numerosos padecimientos cuya patogenia es simpática.

Con motivo de notable y erudita conferencia que sustentó hace poco en la Asociación Médica Franco-Mexicana el doctor Alfonso Millán, (12 de abril de 1951), algunos de los concurrentes, entusiasmados como todos por las ideas del sustentante, propusieron que el estudio psicosomático se iniciara desde la enseñanza en las primeras clínicas de la Facultad. Esto nos dió oportunidad para demostrar que fué en ellas donde se hizo la labor precursora y más tarde preconizadora con alguno de los más destacados Profesores, entre ellos el doctor Joaquín Correa. Ahora nos ha parecido justo y conveniente hacerlo notar en este Editorial porque es frecuente que Profesores de otras disciplinas no tengamos tiempo de leer libros de Texto de materias que no profesamos, pudiendo ser orientados con esta lectura.

## NOTICIAS

*Visita del Dr. Lamotte.* En sesión especial fué recibido por la Academia el Dr. L. Lamotte Barrillou quien se ocupó del tema "Ponction biopsique du foie" ilustrada con proyecciones; fué desarrollado con notable acierto, mostrando amplitud de conocimientos y con la elegante manera francesa a que nos tienen acostumbrados los médicos de esa procedencia. La visita fué además motivo de renuevo y fervoroso sentimiento en favor de la Cirugía de Francia.

— — — — —  
*Edición de la "Cronología Quirúrgica Mexicana" del Académico Dr José Alcántara Herrera.* La Directiva de la Academia acordó financiar la edición de 300 ejemplares, reservando algunos para las principales bibliotecas y Academias de Cirugía del mundo, las Autoridades principales de la S. de S. y A. y de Educación Pública en atención a los subsidios que les otorgan y el resto para ponerlos a la venta de los Académicos (que deseen ayudar y difundir la obra) y del público médico. Ya daremos noticias del precio al que se acuerde vender teniendo en cuenta que como es natural, los académicos tendrán preferencia y en el mismo no habrá utilidades ya que el Autor reitera la cesión de derechos a la Academia, como trabajo reglamentario.

— — — — —  
*Asociación Médica Franco-Mexicana.* El 12 de abril de 1951 se efectuaron las elecciones para Mesa Directiva, resultando electo por unanimidad, para el cargo de Presidente, el Dr. Miguel López Esnarrizábar, Académico y Director de esta Revista.

# NEO-VINA COMBINADA



TERAPEUTICA de la  
**GRIPE**  
Y SUS COMPLICACIONES

HECHO EN MEXICO  
LABORATORIOS

*Salus*

S. A. CADIZ 6 MEXICO D. F.

LAMARCA. AUTOGRAFO MEXICANO.

VIAS RESPIRATORIAS  
**NEO-VINA**  
*Nuevo y Distinto*



DESCONGESTIONANTE  
DE LA MUCOSA NASAL



CREMA PARA APLICACION EXTERNA



SOBRECITO DE 4  
COMPRIMIDOS Y TUBO  
DE 20 COMPRIMIDOS.  
ANALGESICO Y ANTITERMICO  
PARA EL TRATAMIENTO DE

**LA GRIPE**

PROPAGANDA EXCLUSIVA PARA MEDICOS PROF. REG. AI S. S. A. REG. NOS. 27441-27553-27943-27977-28397-S. A.

MUCHO EN MILAGRO  
LABORATORIOS *Salus* S. A.  
CÁDIZ NFG-1001 ALMOC



# REVISTA DE PRENSA

AÑO XIX

Mayo 1951.

NUM 5

SECUELAS POST-FLEBITICAS.—**Dr. Héctor Quijano.** Prensa Méd. Méx. 10 y 11: 242. Oct.-Nov. 1950.

Las secuelas postflebiticas o síndrome posflebitico es de observación frecuente y gran importancia por la incapacidad funcional que puede determinar. Los miembros inferiores de los enfermos que han sufrido trombosis venosa pueden ser sitio de edemas dolorosos, varicosos, y lesiones cutáneas, diversas pigmentaciones, eczemas, ulceraciones e invasiones microbianas y parasitarias que merman su integridad anatomo-funcional. El Autor hace recomendaciones muy acertadas como la de tener en cuenta que la prevención de las trombosis venosas se deberá hacer durante el pre, y el trans y post-operatorio; operatoriamente recomienda el uso de material inabsorbible de preferencia al inabsorbible; en las no supuradas recomienda efectuar bloqueo anestésico del simpático lumbar cuantas veces sea necesaria y en el caso de embolia pulmonar bloquear anestésicamente la cadena simpática cervico-torácica. Atribuye los espasmos arteriales y arteriolares a un arco reflejo de origen simpático.

Comentario.—Es un trabajo muy bien meditado y como dijimos nos parece muy acertado en muchos de los puntos, habiendo transcritos especialmente los de interés quirúrgico. Desde el punto de vista terapéutico creemos muy superior el bloqueo prolongado o la esplacnoterapia a la anestesia simple repetida. De acuerdo con nuestros trabajos diferimos de su opinión, que fué clásica, de que los espasmos arteriales sean de origen en arco reflejo simpático pues son irritaciones simpáticas autónomas, diferencia que tiene importancia como criterio fisiopatológico y terapéutico.

M. L. E.

REVISTA Y COMENTARIO DE TRABAJOS RECENTES SOBRE EL ASMA.—  
Emergencias en Alergología.—**Demetrio Mayoral Pardo.** Sinopsis 2:1, marzo-abril 1951.

Entresacamos conceptos que queremos subrayar: 'Todavía existen muchas incógnitas en el mecanismo íntimo de la alergia y así como no es posible excluir los factores histamínicos, tampoco podemos negar la importancia que puedan tener, de acuerdo con el caso: las disendocrinias, la herencia, las distonias neurovegetativas, los desequilibrios ácido básicos, los mecanismos psíquicos, el desdoblamiento anormal de las proteínas que ocasionan aminas tóxicas de tipo histamínico, etc.'. En la parte terapéutica dice: 'Finalmente, se ha recurrido en ocasiones al tratamiento quirúrgico, mediante la sección de los plexos pulmonares.'

Comentario.—Es un trabajo didáctico muy bien hecho que revela experiencia y estudio. Nosotros, aplicando el concepto de irritación simpática, la simpatitis o la esplac-

REVISTA DE PRENSA

nitis hemos enfocado la atención a estos mecanismos y posibilidades terapéuticas tratando la irritabilidad simpática por medio de infiltraciones a las cadenas paravertebrales cérvico-torácicas por la vía prevertebral anterior, (vía cuyo hallazgo y practicabilidad logramos demostrar, "Cir. y Cir." XVIII:4, 188. abril de 1950).

II CONGRESO INTERNACIONAL DE EL ASMA.—**Mont-Dore**, 3-4-5 junio 1950.

André **Debidour** relata la observación broncoscópica de la hiperquinesia de la pared. H.R. Oliver para medir la intensidad del broncoespasmo, elemento constante, mide la capacidad vital después de un aerosol de acetilcolina encontrándola reducida, contrariamente a lo que se observa en la persona sana. **Ferreons** llega a la conclusión que la crisis de asma es una crisis de distonía vegetativa.

Comentario.—Estas opiniones que son las que prevalecieron, dan nuevo apoyo a la explicación por irritación simpática del asma o de las crisis de asma, apoyando el método simpáticoterápico cérvico-torácico por nuestra vía prevertebral, método por medio del cual hemos alcanzado algunos éxitos y en todos los casos en que lo hemos empleado.

**Jacquelin** indica la importancia, para muchos asmáticos de un fondo constitucional teniendo en la génesis de las crisis, por una parte la representación mental y por la otra la de choques emotivos; estos dos procesos terminan en una perturbación vaso-motriz brutal neurovegetativa.

Comentario.—Nos parece interesante y acertada ésta opinión que nos apoya en la teoría de la esplacnitis que tiene como factor etiológico el choque emotivo: nosotros pensamos que la representación intelectual actúa por medio del choque emotivo, quedando este factor como predominante.

Entre las comunicaciones sobre el tratamiento destacamos la de **Descomps** sobre la infiltración con novocaina del ganglio cervical superior del simpático porque lo consideramos como el paso más adelantado sobre el concepto simpático del asma y de su tratamiento racional aunque aparentemente esta doctrina es desconocida por el Autor.

M. L. E.

RABDOMIOSARCOMA DEL ESOFAGO.—**Philip Thorek**.—Jour. of Thorac. Sorg. 20:1, 77-89. julio 1950.

El Autor hace una revisión de la literatura sobre sarcomas primitivos esofágicos encontrando que hasta la fecha se han referido 59 casos de los cuales un número menor de rabdomiosarcomas en el que un trabajo francés reciente reúne 14 casos.

Lo extraordinario de el caso es de que el primero que ha sido operado con éxito con sobrevida de más de un año.

Comentario.—El doctor Thorek merece felicitación y fortalece nuestra opinión de que es uno de los más capaces cirujanos jóvenes de Estados Unidos y que ha llegado a la altura de maestro.

M. L. E.

## REVISTA DE LIBROS

CARTAS MEDICAS SOBRE LA AMERICA MERIDIONAL, por el Dr. Paolo Mantegazza, Buenos Aires, Arg., 1949.

Traducción del italiano por el Dr. Juan Heller.—Prólogo del Dr. Gregorio Aráiz Alfaro.

La Universidad del Tucumán, cumpliendo uno de sus fines culturales, ha publicado, en un magnífico volumen, de 496 págs., de 18X11 ctms., los 2 tomos de la misma obra, editados en Milán, en 1858 y 1850, respectivamente. Es la publicación núm. 535 de esta benemérita Universidad argentina.

No pudo estar más acertada la Universidad del Tucumán al evocarnos la figura radiante y simpática del Dr. Paolo Mantegazza (1831-1910), genial italiano, que fué gran humanista, antropólogo, higienista, fisiólogo, destacado escritor e insigne médico. Mantegazza descubrió la reproducción de las bacterias por esporas resistentes (1851); es uno de los iniciadores de la doctrina de la secreción interna y de la opoterapia, habiendo inyectado esperma bajo la piel y emitido el concepto de que las glándulas sexuales vierten en la sangre sustancias que dan impulso a los caracteres secundarios, morfológicos y fisiológicos, de la sexualidad; hizo observaciones notables sobre el fenómeno de la coagulación de la sangre y realizó numerosos y admirables experimentos sobre los injertos de tejidos, con mucho éxito.

Estas Cartas Médicas de Mantegazza, como sucede con frecuencia con las obras de los grandes sabios, van mucho más allá de lo que su título sugiere, pues son cartas botánicas, geográficas, biográficas, históricas, etc., es decir, su lectura, muy amena por cierto, nos da un enorme caudal de conocimientos. Llevan el modesto título de *Cartas*, pero son en realidad una serie de monografías eruditas, del más alto interés.

Felicitamos cordial y calurosamente al eminente Rector de la Universidad del Tucumán, Dr. Horacio R. Descole y a sus capaces colaboradores, por la publicación y difusión de esta clase de obras del pasado, que son un tesoro científico, histórico y literario.

Ojalá que otras Universidades sigan este precioso ejemplo!

J. A. H.



# trastornos del hígado

*cirrosis*

*INFILTRACION ADIPOSA*

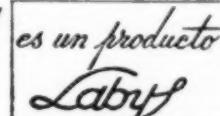
*INSUFICIENCIAS FUNCIONALES*

*HEPATITIS TOXICAS, INFECCIOSAS Y PARASITARIAS*

# LABYCOL

*Pco. de 30 caps.*

En el Labycol se combinan dos factores lipotrópicos,  
COLINA y METIONINA con un factor proteínico  
VITAMINA B-12 y un factor antineurítico TIAMINA



Reg. No. 35833 S. S. A.

---

*Señor Doctor:*

---

LA REVISTA MEDICA DE CIRU-  
GIA Y CIRUJANOS ES LA DE  
MAS PRESTIGIO EN EL PAIS.

*Suscribase a ella*

APARTADO 8701.  
MEXICO, D. F.



# Banthine

Reg. No. 36201 S.S.A.

*La droga de elección en el tratamiento de las  
Ulceras Pépticas.*

**Dosis:** una o dos tabletas cada 6 horas  
según cada caso en particular.

La resequedad de la boca y la visión borrosa  
son síntomas que se observan frecuentemente  
en los pacientes, especialmente cuando están to-  
mando dosis terapéuticas.

Por lo general éstos síntomas son de na-  
turalidad leve y a menudo desaparecen aún cuando  
continue administrando el medicamento en la  
misma forma. En algunos casos los síntomas  
pueden ser tan severos que indiquen la conve-  
niencia de reducir la dosificación.

Cuando esto sea necesario será preferible  
disminuir las dosis de la mañana o del medio  
día y no las de la tarde ni la noche, cuando las  
secreciones son siempre mayores y más ácidas.

Un producto de investigación  
G. D. SEARLE & CO.

Chicago, ILL.

U. S. A.



CARLOS GROSSMAN, S. A.  
Sadi Carnot No. 86 Serapio Rendón 8 México, D. F.